

**CONTRIBUCIÓN A LA ESTRUCTURACIÓN DE UN MODELO EFICIENTE DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PENITENCIARIOS EN COLOMBIA**

Ángela Margoth Riveros Romero

Dr. Bernardo Andrés Carvajal Sánchez

Tutor.

Universidad Externado de Colombia

Facultad de Derecho

Maestría en Derecho Médico

Bogotá - Colombia

2020

**CONTRIBUCIÓN A LA ESTRUCTURACIÓN DE UN MODELO EFICIENTE DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PENITENCIARIOS EN COLOMBIA**

Dra. Emilssen González De Cancino
Presidente de Jurado.

Dr. Néstor Iván Osuna Patiño
Jurado

Bogotá - Colombia

JULIO 14 DE 2020.

Contenido

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1.....	11
EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD.....	11
1.1. Naturaleza jurídica del derecho a la salud de la población privada de la libertad.....	11
1.2. Instrumentos de protección del derecho a la salud de la población privada de la libertad a nivel Internacional y marco constitucional.	17
1.3. Protección especial del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población privada de la libertad.....	22
CAPÍTULO 2.....	28
EVOLUCIÓN NORMATIVA Y JURISPRUDENCIAL DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL EN SALUD PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA	28
2.1. Modelo de atención en la prestación de servicios de salud a la población reclusa del año 1991 a 1998, e intervención del juez Constitucional.....	28
2.1.1 Marco Normativo	28
2.1.2 Marco Jurisprudencial	30
2.2. Modelo de atención asistencial en la prestación de servicios de salud a la población reclusa del año 1998 a 2013, e intervención del juez constitucional.	34

2.2.1 Marco Normativo	34
2.2.2 Marco Jurisprudencial	38
2.3. Modelo de atención en la prestación de servicios de salud a la población reclusa del año 2014 a 2019 e intervención del juez constitucional.	41
2.3.1 Marco Normativo.	41
2.3.2 Marco Jurisprudencial	52
CAPÍTULO 3.....	56
LINEAMIENTOS ESENCIALES DE UN MODELO EFICIENTE DE ATENCIÓN EN SALUD PENITENCIARIO PARA COLOMBIA.....	56
3.1 Elementos que debe contener un modelo de atención en salud penitenciario, respetuoso del marco legal Internacional.	56
3.2 Crítica al actual modelo de atención en salud de la población privada de la libertad en Colombia.	62
3.3 Propuesta de lineamientos esenciales de un modelo eficiente de atención en salud penitenciario para Colombia.	70
<u>CONCLUSIONES</u>	74
REFERENCIAS	76

Lista de Cuadros

Cuadro 1.- Esquema de atención en salud: Función y Competencia de Entidades	44
Cuadro 2.- Características de modelo de salud para la población reclusa	48

Lista de Anexos

Anexo 1. Carta de respuesta de la Secretaria Distrital de Salud.....	88
Anexo 2. Respuesta a derecho de petición por la Corte Constitucional	944

INTRODUCCIÓN

El punto de partida de la presente investigación estriba en el siguiente problema: ¿Qué elementos esenciales debe contener el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad en Colombia, con el fin de garantizar la eficacia de su derecho fundamental a la salud?

Un modelo de atención en salud penitenciario y carcelario que sea eficaz y acorde con la dignidad humana de esta población, debe ser, en primera medida, el resultado de un compromiso serio del Estado, a su vez, debe tener como marco de referencia las normas mínimas internacionales en esta materia, considerar al recluso como usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando las mismas condiciones, estándares, y requisitos técnicos de prestación de servicios, así como, el mismo sistema de monitoreo e Inspección, Vigilancia y Control, que se tienen establecidos para la comunidad exterior; además, debe fortalecer la atención en salud primaria e intramural como puerta de entrada al sistema, y eliminar la intermediación en el manejo de los recursos financieros destinados para la salud de los reclusos.

Siguiendo esta hipótesis, el *primer capítulo* de esta investigación inicia con el análisis de la situación actual del derecho a la salud de la población privada de la libertad en Colombia en su ámbito de prestación, tanto en el nivel básico como en el especializado, con unas consideraciones previas en torno a la naturaleza de los derechos humanos y de las connotaciones propias del

derecho a la salud de este grupo poblacional, que a su vez se constituye en un colectivo de especial protección debido a su condición de vulnerabilidad y las relaciones de sujeción en las que se encuentran frente al aparato estatal.

Se abordan en este primer capítulo, los referentes normativos a nivel internacional que reconocen y otorgan especial protección a la prestación de servicios de salud con calidad a la población privada de la libertad, los cuales por tratarse de normas sobre derechos humanos deben ser adoptados y respetados por nuestro país al momento de expedición de las leyes, así como en la formulación de políticas públicas, y en forma concreta deben ser acatados por los administradores penitenciarios y demás actores que intervienen en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de ésta población.

Si bien, el objetivo específico del primer capítulo es determinar las características y elementos del derecho fundamental de la población reclusa, así como el papel del Estado como responsable de la adopción de políticas públicas, la importancia de este capítulo radica en establecer las bases esenciales sobre los cuales se cimentará y direccionará el posterior análisis en materia de la prestación de servicios de salud a la población reclusa y sobre los cuales se construirán las conclusiones de esta investigación.

El *segundo capítulo*, tiene como objetivo específico realizar un análisis de la regulación normativa de la prestación de servicios de salud a población reclusa en las cárceles, dicho análisis se realiza dentro del escenario del Estado Social de Derecho, esto es, a partir de la promulgación de la Carta Política de 1991, con el fin de verificar si dicha reglamentación, que a su vez, es el reflejo de las políticas públicas, ha sido respetuosa de las garantías mínimas reconocidas internacionalmente para el disfrute del derecho a la salud, y si su evolución ha estado acorde con el principio de progresividad propio de éste derecho.

Paralelamente con el análisis de la normatividad, se efectuará un análisis de la jurisprudencia constitucional en materia de prestación de servicios de salud a la población carcelaria, encaminado básicamente hacia dos propósitos: i) Develar el estado del arte frente a este específico tópico y ii) Determinar el grado intervención e incidencia del juez de tutela en la expedición de políticas públicas en esta materia.

Este análisis jurisprudencial, a su vez, se realizará tomando como referentes las sentencias estructurales en materia de tratamiento penitenciario frente al derecho a la salud, de cada ciclo, descendiendo posteriormente al análisis concreto frente a decisiones particulares relacionadas con las principales falencias en torno a la prestación de servicios de salud a los reclusos.

El *primer período* que se estudia va desde la promulgación de la Carta Política de 1991, pasa por la expedición de la Ley 65 de 1993 a través de la cual se creó el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, y se extiende hasta el año 1998, año en el que la Corte Constitucional a través de la sentencia T-153 de 1998 declaró el estado de cosas inconstitucional en las cárceles del país con ocasión de las condiciones de hacinamiento, y las Sentencias T-606 y T-607 de 1998, en las que en forma concreta se declara el estado de cosas inconstitucional en relación con la prestación de servicios de salud a la población privada de la libertad, y se ordena la vinculación de los reclusos a un régimen de Seguridad Social en salud.

El *segundo período* de análisis está comprendido entre el año 1999 y hasta el año 2013, etapa en la que no hubo avances significativos en la regulación normativa del derecho a la salud de la población reclusa, pues sólo hasta el año 2007 con la expedición de la Ley 1122 se ordenó la vinculación de esta población al régimen de Seguridad Social en Salud, y para el año 2013 la Corte Constitucional emite la Sentencia T-388 en la que se reiteró el estado de cosas

inconstitucional en las cárceles del país en atención al hacinamiento y a la violación de derechos fundamentales entre ellos el derecho a la salud.

La *tercera fase* de análisis va desde el año 2014 hasta el año 2019, en este período se profirió la Ley 1709 de 2014 mediante la cual se reorganizó el Sistema Penitenciario y Carcelario y se ordenó la creación de un modelo de atención en salud específico para la población privada de la libertad, modelo que fue creado mediante la Resolución 5159 de 30 de diciembre de 2015. En este período también se expidió la Ley 1751 de 2015 la cual le otorgó el carácter de derecho fundamental autónomo a la salud, pero para este mismo año la Corte Constitucional a través de Sentencia T-762 de 2015 reiteró el estado de cosas inconstitucional frente a los derechos fundamentales de los reclusos.

El objetivo específico del *tercer capítulo* es efectuar un análisis crítico al actual esquema y modelo de atención en salud de la población privada de la libertad, verificando los aspectos normativos que pueden incidir negativamente en el goce del derecho a la salud de esta población, así como un examen de la efectividad del modelo, a través del análisis de la realidad del escenario actual, con fundamento en los informes del Gobierno Nacional, la Corte Constitucional, y demás entidades intervinientes en el proceso de seguimiento a la superación del estado de cosas inconstitucional, en materia del derecho a la salud de la población privada de la libertad en Colombia.

Finalmente, y atendiendo al objetivo principal de la investigación se identificarán los elementos esenciales que debe contener un modelo de atención en salud atendiendo las normatividad internacional y nacional, las recomendaciones de organismos internacionales, y la experiencia de otros países en la materia, todo bajo el contexto de la actual realidad penitenciaria y carcelaria de nuestro país.

CAPÍTULO 1

EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD

1.1 Naturaleza jurídica del derecho a la salud de la población privada de la libertad

De acuerdo con lo señalado por Huertas, Martínez, Velandia y Uribe (2014), el origen del sistema carcelario moderno se remonta a la Revolución francesa de 1789, de ahí que el mismo este edificado en el reconocimiento y respeto de los derechos humanos, los cuales otorgaron al ser humano calidades y derechos por el solo hecho de su ser, y son resultado del surgimiento de los postulados de igualdad y fraternidad, los que se fundan a su vez en el respeto a la dignidad humana. En el mismo sentido sostienen Neuman y Irurzun, (1968) que: “la nueva política penitenciaria finca su base en la valoración de la dignidad humana del preso, la cual no puede ser objeto de adjetivación (...)”. (p.20)

Dos de las obras que contribuyeron a la humanización del sistema Carcelario moderno según Huertas, Et al ,(2014), fueron De los Delitos y de las Penas –1764 de Cesar Becharia, y Estados de Prisión– 1776 de John Howard, el primero de estos autores condena abiertamente (cap. XII) el uso de la tortura, y refiere que las penas no deben ser despiadadas: “para que una pena obtenga su efecto, basta que el mal de ella exceda al bien que nace del delito; y en ese exceso de mal, debe ser calculada la infalibilidad de la pena, y la pérdida del bien, que el delito produciría. Todo lo demás es superfluo, y por tanto tiránico”. (De las Casas, s.f., p. 138)

El reconocimiento de los derechos humanos como universales, inalienables, incondicionados e inherentes a la persona, supone, según Del Pozo Serrano, Gil Cantero, y

Martínez Idarraga, (2017), que “ las personas privadas de la libertad no pierdan su calidad de personas ni la garantía de sus derechos humanos” (p. 99), los que siempre deben estar acorde e interpretados a la luz con el principio de dignidad humana, sin embargo estos autores reconocen que se puede hablar de algún tipo de limitación sobre el disfrute de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad.

En lo atinente a las limitaciones que pueden sufrir los derechos humanos de los presos, la Corte Constitucional ha sostenido en su jurisprudencia que estas limitaciones deben atender al fin propuesto por la pena, y que toda limitación adicional se constituye en un exceso y por ende en una violación de sus derechos. Ha sostenido la Corte Constitucional que:

La órbita de los derechos del preso, cuya limitación resulta innecesaria, es tan digna de respeto y su protección constitucional es tan fuerte y efectiva como la de cualquier persona no sometida a las condiciones carcelarias. Los derechos no limitados del sindicado o del condenado son derechos en el sentido pleno del término. (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T-596,10 de diciembre de 1992)

Partiendo del reconocimiento del derecho a la salud de la población reclusa como un derecho humano pleno, el cual no está sujeto a ninguna limitación durante el tiempo de reclusión, el mismo está provisto de unas especiales condiciones frente a su disfrute dadas por la condición de vulnerabilidad y la especial relación de sujeción frente al Estado, no obstante, las dos condiciones están entrelazadas. Al respecto se ha sostenido que:

La especial relación de subordinación estatal a la que están sometidos los individuos privados de la libertad por la comisión de hechos delictivos, (...) tiende a desdibujar la real extensión de aquel postulado, y en la práctica las personas privadas de la libertad configuran un grupo humano especialmente vulnerable a los abusos de poder y a las violaciones de derechos humanos. (Astroza y Rudnick, en Cesano y Reviriego. 2010, p.4)

Las personas privadas de la libertad se encuentran categorizadas como sujetos de especial protección por considerarse una población vulnerable, dicha característica conlleva a un tratamiento jurídico diferenciado, el cual está reconocido por la Constitución, la Ley y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. La vulnerabilidad, a su vez, es una condición acumulativa toda vez que los sujetos desprotegidos se ven inmersos en ocasiones en una “espiral de la vulnerabilidad”, esto es, aquella circunstancia en virtud de la cual, a una condición de vulnerabilidad inicial en nuestro caso al hecho de estar la persona privada de la libertad, se suma otra, lo que genera a su vez otras condiciones de vulnerabilidad y desprotección como por ejemplo en el ámbito de la salud. (Quintero, 2011, pp. 82-84)

La condición de vulnerabilidad de la población de la libertad ha sido reconocida por los diferentes entes de control y garantía de los derechos humanos. Así, en la Defensoría del Pueblo, (2004), se concluyó que “el estar sometido el preso a la guarda del Estado, lo convierte en un grupo especial protegido, por encontrarse en circunstancias que les impiden desplegar las acciones necesarias para cuidar de su propia salud” (p. 26). A su vez, la Procuraduría General de la Nación, (2006) señaló que: “las personas presas son particularmente vulnerables frente a enfermedades, y las condiciones de vida generadas por el hacinamiento aumentan sus niveles de vulnerabilidad”. (p. 103).

En el estudio “*Privación de Libertad y Derechos Humanos*”, la Tortura y otras formas de violencia institucional en el estado español del Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos en la Universidad de Barcelona, sobre el espiral de vulnerabilidad frente a las personas privadas de la libertad, se encontró que la vulnerabilidad creciente de este grupo está dada por la precariedad de las condiciones carcelarias, relacionadas con el hacinamiento, y las condiciones

deficientes de ventilación, iluminación, instalaciones eléctricas, suministros de agua y de servicios de alcantarillado. (Rivera y Cano, 2008)

A la vulnerabilidad como un supuesto para analizar el goce del derecho a la salud de la población reclusa, se asocian las relaciones especiales de sujeción con el aparato estatal que surgen por la condición de reclusión, al respecto sostiene Ballén (2014), que en materia del derecho a la salud de la población privada de la libertad, la Corte Constitucional ha construido una línea jurisprudencial relacionada con la doctrina constitucional de la relación especial de sujeción de este grupo poblacional, línea que arrancó con la Sentencia T-596 de 1992, y posteriormente con varias sentencias consolidadoras como son: la Sentencia T-065 de 1995, C-318 de 1995; en la T-705 de 1996; T-153 de 1998; T-687 de 2003, T-133 de 2006 y T-126 de 2009.

Frente a las especiales relaciones de sujeción la Corte Constitucional en su jurisprudencia ha identificado algunos elementos característicos como son, entre otros: la subordinación concretada en el sometimiento del interno a un régimen jurídico especial que implica controles disciplinarios y administrativos especiales y la posibilidad de limitar el ejercicio de derechos previa regulación de la constitución y la Ley; la finalidad del ejercicio de la potestad disciplinaria y la limitación de los derechos fundamentales debe apuntar a la garantía de los medios para el ejercicio de los demás derechos y lograr la resocialización; como consecuencia de la subordinación surgen ciertos derechos especiales en cabeza de los reclusos los cuales deben ser especialmente garantizados por el Estado; el estado debe garantizar el principio de eficacia de los derechos fundamentales de los reclusos. (Corte Constitucional Sala Séptima de Revisión, Sentencia T-881, 2002)

Por su parte, el derecho a la salud además de ser un derecho inherente al ser humano es reconocido en Colombia expresamente en la Ley estatutaria 1751 de 2015, como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, el cual comprende al acceso a los servicios de salud de manera oportuna eficaz y con calidad; cuyo goce se soporta en principios tales como la equidad, oportunidad, progresividad e integralidad. Dicho reconocimiento obedeció principalmente a una construcción de la jurisprudencia constitucional como respuesta al uso masivo de la acción de tutela como mecanismo de acceso a los servicios, procedimientos y tecnologías del Plan de Salud, debido a la crisis del Sistema de Salud después de la expedición de la Ley 100 de 1993. (Ley100, 1993; Ley 1751, 2015).

Frente a los grupos vulnerables, la Ley 1751 de 2015, si bien no incorpora expresamente en su artículo 11 a la población privada de la libertad como sujetos de especial protección, por extensión, se debe entender que este grupo poblacional hace parte de los sujetos especialmente protegidos, esto, en atención a lo señalado en el análisis previo de constitucionalidad de la Ley estatutaria en salud, al indicar que no deben entenderse los grupos señalados en el artículo 11 como taxativos, sino que por el contrario, que su denominación es un concepto que se encuentra abierto, (Corte Constitucional. Sala Plena, Sentencia C-313, 2014)

A su vez, el derecho a la salud es un componente de la seguridad social, la cual según lo preceptuado en el artículo 48 de la Constitución es un derecho irrenunciable y un servicio público de obligatorio cumplimiento el cual habrá de ser prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Así, en virtud del principio de eficiencia se propugna por la mejor utilización de los recursos disponibles para asegurar la mejor prestación de los servicios de salud, la universalidad tiene como premisa que todas las personas estén amparadas frente a todos los riesgos del

aseguramiento en salud, y la solidaridad supone la obligación de aportar por quienes estén en mejores condiciones económicas para cubrir las necesidades en salud de las personas que no cuentan con recursos para el aseguramiento en salud.

La progresividad como otro de los principios fundantes del derecho a la salud es también reconocido en la Ley 1751 de 2015, según Rodríguez Mesa (2015), el principio de progresividad “implica para el Estado la obligación de avanzar en la materialización de los derechos consagrados en la seguridad social para todas las personas, procurando el alcance de mayores beneficios por parte de la población” (p.41), resaltando que la actividad legislativa, debe dirigirse al establecimiento de condiciones que amplíen los beneficios existentes. En este sentido, la jurisprudencia Constitucional sostiene que la obligación del Estado de mejorar las condiciones de goce y ejercicio del derecho se constituye en una garantía exigible la de no adoptar medidas regresivas. (Corte Constitucional. Sala Plena, Sentencia C-313, 2014)

Específicamente en lo que atañe a la prestación de servicios de salud, la misma es considerada por Pereira (2002), como una necesidad humana intermediaria. Señala “No cabe duda, dicen los autores, que el acceso a los servicios médicos efectivos, que utilicen las mejores técnicas, constituye una necesidad intermediaria” (p. 92), por lo tanto, la importancia de esa necesidad requiere una postura a favor del tratamiento terapéutico, a pesar del papel fundamental de la atención primaria.

Bajo los anteriores supuestos podemos concluir que el derecho a la salud de la población privada de la libertad es un derecho humano pleno y fundamental, el cual no tiene ninguna limitación o restricción, y debe ser prestado siempre desde el marco del respeto a la dignidad humana de los reclusos, quienes se constituyen además en una población vulnerable que requiere de especial protección del Estado, y por tanto por extensión deben entenderse como uno de los

sujetos de especial protección consagrados en el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015. (Ley 1751, 2015)

1.2 Instrumentos de Protección del Derecho a la salud de la Población privada de la libertad a nivel Internacional y marco Constitucional

El presente subtítulo se encamina a verificar el desarrollo progresivo en el plano Internacional de las normas e instrumentos que protegen y propugnan por el respeto a los derechos humanos de las personas privadas de la libertad, así como a la identificación de los principios mínimos establecidos por las organizaciones internacionales para el tratamiento de los reclusos en los diferentes estados, y principalmente los postulados en materia de la garantía del derecho a la salud de la población privada de la libertad.

Así, la organización de Naciones Unidas, y la Organización de estados americanos frente a los derechos de los reclusos han expedido una importante fuente de normas dentro de los cuales y de acuerdo con la exposición de Astroza y Rudnick, en Cesano y Reviriego (2010, p 5-7) podemos citar las siguientes:

1. El Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos, (1966), el cual entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y fue aprobado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968, señala en el numeral 1 del artículo 10 que “Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.
2. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual fue adoptado por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 el cual entró en vigor 3/01/76 y fue aprobado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968, el cual consagra en el numeral 1 del artículo 12 que “Los Estados Partes en el

presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

3. La Convención Americana de Derechos Humanos, suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, aprobada por la Ley 74 de 1968.
4. La Declaración sobre la Protección de todas las personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, inhumanos o Degradantes, adoptada por la Asamblea General en su Resolución 3452 de 9 de diciembre de 1975.
5. Reglas Mínimas para Tratamiento de los Reclusos adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y tratamiento del delincuente, celebrado en Ginebra en 1955 y aprobado por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C, de 31 de julio de 1957 y 2076 de 13 de mayo de 1977.
6. Los Principios de ética Médica aplicables a la protección de personas presas o detenidas contra la tortura, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1982.
7. La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, Inhumanos o degradantes, adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 39/46 de 10 de diciembre de 1984.
8. Procedimientos para la aplicación efectiva de las reglas mínimas para tratamiento de los reclusos, 1984/47.
9. Principios básicos para el tratamiento de los reclusos adoptados y proclamados por la Asamblea General en su resolución 45/111 de 14 de diciembre de 1990.
10. Las directrices de la OMS sobre la infección por el VIH y el SIDA, en las cárceles, publicadas en marzo de 1993.

11. Revisión de las reglas mínimas para el Tratamiento de los reclusos “Normas Nelson Mandela”, en el año 2015.

En desarrollo de los diferentes pactos y tratados sobre el respeto a los derechos de las personas y la prohibición de las penas crueles inhumanas y degradantes la Asamblea General de las Naciones Unidas expide las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, las cuales tuvieron una importante revisión en el año 2015 cambiando el nombre a “normas Nelson Mandela” y fueron adoptadas mediante Resolución 70/175 por las Naciones Unidas (2016), dentro de las cuales, en del específico punto de la prestación de servicios de salud, entre otras consagra las siguientes garantías: (Naciones Unidas, Resolución 70/175, 2016)

Regla 24

1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.

2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia.

Regla 25

1. Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación.

2. El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado.

Regla 26

1. El servicio de atención de la salud preparará y mantendrá historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todos los reclusos, y se deberá permitir al recluso que lo solicite el acceso a su propio historial. Todo recluso podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico.

2. En caso de traslado de un recluso, su historial médico se remitirá a los servicios de atención de la salud de la institución receptora y permanecerá sujeto al principio de confidencialidad médica.

Regla 27

1. Todos los establecimientos penitenciarios facilitarán a los reclusos acceso rápido a atención médica en casos urgentes. Los reclusos que requieran cuidados especiales o cirugía serán trasladados a establecimientos especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento penitenciario tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a los reclusos que les sean remitidos.

2. Solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones.

Regla 28

En los establecimientos penitenciarios para mujeres habrá instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las reclusas durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después. En la medida de lo posible, se procurará que el parto tenga lugar en un hospital civil. (...)

Regla 30

Un médico u otro profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada recluso, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario. Se procurará, en especial: a) reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar todas las medidas necesarias para el tratamiento;

El Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas en comité realizado en el año 2000, en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, emitió la Observación General número 14, en la que además de determinar que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, consagra como una obligación legal de los estados partes que “los estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos. (Corte Constitucional. Sala Plena, Sentencia C-313, 2014)

Según se resaltó en la Observación General N°14 (2000), en materia de prestación de servicios de salud los Estados tienen la obligación de no adoptar medidas ‘deliberadamente regresivas’. En caso tal, debe demostrar por qué se optó por ellas “tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles”, justificando su implementación con miras a las normas internacionales de derechos humanos, y su compatibilidad con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, además de evidenciar que son disposiciones estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática. (Corte Constitucional. Sala Plena, Sentencia C-313, 2014)

El marco jurídico nacional no es ajeno a la protección del derecho a la salud de la población reclusa, el cual se enmarca principalmente en la regla consagrada en el artículo 2 de la Carta Política que consagra la garantía de la efectividad de los derechos, a su vez el parágrafo 2

del mismo artículo 2 de la Constitución Política radica en cabeza de las autoridades el deber de asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares, todo esto dentro del marco del respeto de la dignidad humana consagrada como principio y como valor supremo. (Carta Política, Art. 2)

En materia de salud, la Constitución regula la Seguridad Social en el artículo 48 y el derecho a la salud en el artículo 49 como un derecho y un servicio público, otorgándole en el mismo documento al Estado obligaciones concretas con miras a lograr la efectividad de este derecho, así es como en el artículo 356 inciso 4 ordena priorizar la financiación de servicios como la salud con los recursos del Sistema General de Participaciones, con miras a garantizar la prestación y la ampliación de la cobertura con énfasis en la población pobre. (Art. 356)

A su vez, la Constitución Política consagra los instrumentos de protección del derecho a la salud, los cuales son extensivos para la garantía de protección del derecho a la salud de los reclusos, dentro de los que se encuentran 1) La acción pública de inexecutableidad ante la Corte Constitucional y la acción pública de nulidad ante el Consejo de Estado; 2) La acción de tutela; 3) Derechos de petición ante organismos de Vigilancia y Control; 3) Acciones populares y acción de cumplimiento. (Defensoría del Pueblo, 2004, p 59-60)

1.3. Protección Especial del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población privada de la libertad.

Las personas reclusas en los establecimientos penitenciarios se encuentran bajo la guardia del Estado, esto implica que además de las responsabilidades relativas a la seguridad de los reclusos y los poderes disciplinarios frente a estos, el Estado tiene compromisos en relación con la guarda de sus condiciones de vida, observando las garantías mínimas para el tratamiento

de los reclusos, las que se fundan en el concepto de dignidad humana y en el principio según el cual la pena no tiene por objeto el infligir sufrimiento corporal. (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T-596, 1992)

Es un deber para la administración penitencia el brindar a la población reclusa un trato humano y digno que incluya entre otros aspectos y en lo que respecta a la presente investigación la asistencia médica. El Estado “no sólo tiene un deber negativo de no intromisión, sino también un deber positivo de protección y mantenimiento de condiciones de vida digna”. (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T-596, 1992)

Bajo este entendido, las políticas públicas que apunten a garantizar la efectividad del derecho a la salud de la población privada de la libertad deben diseñarse y formularse teniendo como referente las reglas mínimas de respeto al trato de los reclusos, así como la búsqueda del respeto a la dignidad humana, políticas que según Del Pozo et al., (2017), deben estructurarse desde un enfoque diferencial, partiendo del reconocimiento de la existencia de distintas formas de discriminación contra grupos de personas o comunidades a las que se les vulneran los derechos humanos, entre ellos es la población carcelaria del país.

Frente a las políticas públicas relacionadas con la salud de la población reclusa sostienen Del Pozo Serrano, Gil Cantero, y Martínez Idárraga, et al, (2017, p 96-97) que:

Por el lado jurídico, se trata de poner en marcha en los centros penitenciarios todas las medidas y resoluciones, cada vez más amplias y detalladas, de los organismos internacionales que propugnan mejoras en las prisiones, (...), Pero por el otro lado, lo ético, la extensión de los derechos humanos en las reflexiones teóricas y prácticas penitenciarias, lo que busca es establecer la *condición previa* por la cual se observa a los presos y presas como seres humanos con igualdad de derechos, sobre todo vulnerables y necesitados de medidas especiales de cuidado y protección, (...), si no hay una mirada

ética centrada en las necesidades de igualdad, vulnerabilidad y cuidado, nunca se pondrán en marcha, o se hará con mucha lentitud, las medidas que establezcan los organismos internacionales.

Importante tener en cuenta que, dada la connotación de la población privada de la libertad como grupo poblacional de especial protección, las acciones del Estado para satisfacer las necesidades en salud frente a este conglomerado deben ser activas, así lo sostiene la Corte Constitucional al sostener que:

La efectividad de los derechos que constitucional y legalmente se reconocen a las personas que cumplen pena de prisión o que de cualquier modo se encuentran privadas de la libertad no requiere solamente la actitud pasiva propia de la simple noción de respeto por esa esfera que el Estado no puede invadir o desconocer, sino que implica el actuar positivo del ente estatal con miras a la superación de obstáculos y a la consolidación de condiciones que hagan posible la realidad de los derechos al interior de los Centros de Reclusión. (...) La desatención de la salud tiene potencialidad suficiente para afectar derechos fundamentales como el trabajo y la integridad física o síquica y en casos extremos la vida del interno; ello justifica que a la responsabilidad de la Administración se sume la del Juez. (Corte Constitucional, Sala sexta de Revisión, Sentencia T388, 1993)

Otra obligación del Estado es la de devolver sano y salvo a la persona privada de la libertad, así lo sostiene la Corte Constitucional al señalar que “(...) el detenido está bajo su protección y responsabilidad, el cual tiene una obligación de resultado: devolver a la persona en el estado físico en que la recibió, sin perjuicio del deterioro natural del transcurso del tiempo” (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T 522, 1992).

Además de los puntos anteriores, otro aspecto en el cual el Estado debe impactar es designar el presupuesto necesario para brindar a la población privada de la libertad los servicios

de salud con calidad, como bien lo establece la Observación 14 del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, al indicar que el Estado viola las obligaciones derivadas del derecho a la salud, en caso de que “no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para darle efectividad al derecho.”, y en caso de limitación de los recursos el Estado debe brindar una justificación. (Corte Constitucional. Sala Plena, sentencia C 313, 2014)

En Sentencia T 522 de 1992 sostuvo la Corte Constitucional:

En consecuencia, le compete al Estado asumir un compromiso serio frente a la tutela del derecho a la salud de la población privada de la libertad, para lo cual se debe ajustar el ordenamiento normativo interno a los estándares internacionales, la destinación de presupuesto indispensable para cubrir las necesidades en acceso a los servicios de salud con calidad, la expedición de normas que permitan el cumplimiento de las ordenes de la Corte Constitucional, y sobre todo la conducta de los agentes estatales con miras a evitar las violaciones del derecho a la salud o repararlo en caso de que no se haya podido evitar. (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T 522, 1992).

Para el caso de Colombia de acuerdo con Sotelo (2000), las autoridades estatales encargadas de diseñar y expedir políticas públicas desconocen el alcance de los mandatos constitucionales introducidos desde 1991, y esta es una de las razones por las cuales los jueces constitucionales intervinieron en la labor de las autoridades cuando revisan quejas sobre violaciones del derecho a la salud, e imparten órdenes para ser tenidas en cuenta por el Gobierno Nacional, pero estos pronunciamientos más que constituirse en órdenes deberían de ser un insumo para el rediseño de las políticas públicas.

Y es que la formulación de una política pública seria y especializada en materia de salud es tan importante que, según lo dicho por Manzanos Bilbao en Fernández García, (2014), en el caso español, “Muchos médicos de prisiones manifiestan que debería haber una dirección sanitaria y otra dirección penitenciaria para que pudiera garantizarse el mínimo respeto a la salud” (p. 59). Agrega Manzanos (2014) que: “La Ley exige que haya una atención médica especializada y esto no se ha implementado, salvo en el caso de nuestra comunidad autónoma, donde la existencia de un convenio de asistencia (...)” (p. 59).

según la Corte Constitucional, otro interviniente en la labor de velar y garantizar el derecho a la salud de los presos, son los jueces penales o de ejecución de penas, así en Sentencia C-522 de 1992 sostuvo el alto Tribunal que:

Para esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional el Estado no debe considerar como terminada su misión dentro del proceso penal cuando se haya dictado la sentencia condenatoria. Al contrario, aquí debe empezar otro ciclo del procedimiento. El Juez no puede abandonar a la persona en la prisión, no se puede quedar esperando en su Despacho a que dentro de varios años le llegue la solicitud de libertad por pena cumplida o una solicitud de suspensión por enfermedad grave. El Juez no puede olvidar al condenado con sus quebrantos de salud, con sus trucas esperanzas y con sus pérdidas ilusiones.

No menos importante resulta la labor de protección y garantía del derecho a la salud de la población privada de libertad que ejercen los órganos de Control como son la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, así como las Instituciones con funciones específicas de Inspección Vigilancia y Control de servicios de Salud externas al Sistema Penitenciario. (Procuraduría General de la Nación, 2006)

A partir de los planteamientos anteriores, se establece que son varios los actores intervinientes que deben desarrollar una función activa, solidaria y complementaria desde el

ámbito de sus funciones que confluían en la efectiva garantía del derecho a la salud de la población privada de la libertad, así, en primera instancia, el legislativo debe expedir las leyes que constituyan el marco jurídico sobre el cual el ejecutivo a través de los órganos que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud, en cabeza del Ministerio de Salud, de un lado y del otro los que administren la función penitenciaria como Ministerio de Justicia y el INPEC, construyan políticas públicas progresivas y eficientes en esta materia.

Sumado al legislativo y al ejecutivo es relevante la tarea de los diferentes órganos de control como la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, que permiten como entidades externas al Sistema Penitenciario garantizar la vigilancia y control frente al respecto del derecho fundamental a la salud de los reclusos.

Como corolario de lo anterior, es importante precisar que todas las entidades involucradas directa o indirectamente en la protección del derecho a la salud de la población privada de la libertad deben actuar armónica y mancomunadamente a la hora de diseñar e implementar las políticas públicas en materia de la prestación de servicios de salud para la población privada de la libertad. (Moscoso, 2017)

CAPÍTULO 2

EVOLUCIÓN NORMATIVA Y JURISPRUDENCIAL DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL EN SALUD PARA LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA

2.1 Modelo de atención en la prestación de servicios de salud a la población reclusa del año 1991 a 1998 e intervención del juez Constitucional

2.1.1 Marco Normativo

El artículo 20 transitorio de la Constitución de 1991, ordenó suprimir, fusionar o reestructurar las entidades de la rama ejecutiva para ponerlas en consonancia con los nuevos mandatos constitucionales, en atención a lo cual se dictó el Decreto 2160 de 1992, por medio del cual se fusionó la Dirección Nacional de Prisiones con el Fondo Rotario ambas entidades del Ministerio de Justicia, creando una nueva entidad denominada Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, el cual se configuró como un establecimiento público adscrito al Ministerio de Justicia, con Personería Jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa. (Decreto 2160, 1992)

El Decreto 2160 de 1992 otorgó como objetivos al INPEC, el ejecutar y desarrollar la política carcelaria y penitenciaria dentro de los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional, así como diseñar y ejecutar programas de resocialización, rehabilitación y reinserción a la sociedad para los reclusos. Esta norma no reguló expresamente ningún aspecto relacionado

con la prestación de servicios de salud a las personas privadas de la libertad. (Decreto 2160, 1992)

En el año 1993 se promulgó la Ley 65 de 21 de agosto, por medio de la cual se expidió el Código Penitenciario y Carcelario, y cuyo contenido se enfoca en regular el cumplimiento de las medidas de aseguramiento, la ejecución de las penas privativas de la libertad personal y de las medidas de seguridad, constituyendo el marco dogmático y jurídico del tratamiento penitenciario el cual debe realizarse según esta norma conforme al respeto por la dignidad humana y a las necesidades particulares de cada sujeto (Ley 65,1993).

La Ley 65 de 1993 dedicó el Título IX a la regulación del servicio médico, estableciendo que éste podía ser prestado por médicos, psicólogos, odontólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeros y auxiliares de enfermería; contempló el derecho de todos los internos a recibir los servicios médicos establecidos en el reglamento, permitiendo la atención por particulares en casos excepcionales; estipuló el traslado a un hospital de los reclusos cuando no se pudieren tratar en prisión y tengan como diagnóstico de una enfermedad infectocontagiosa, enfermedad terminal, enfermedad grave o intervención quirúrgica, quedando este último supeditado al concepto del médico de planta, en ambos casos. (Ley 65,1993, arts. 104 a 107)

En cuanto a las mujeres embarazadas estableció la Ley 65 de 1993 que previa certificación médica, se tramitará la suspensión de la detención preventiva o de la pena; y en los casos de diagnóstico de enfermedad psíquica, previo a concepto médico legal procederá a solicitar su ingreso a un establecimiento psiquiátrico. En el punto de los enfermos psiquiátricos el artículo 24 de la citada Ley dispuso la creación de los establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio o sobreviniente bajo la dirección y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social. (Ley 65, 1993)

En el lapso de tiempo que se analiza no se produjo más normatividad en relación con el derecho a la salud de los reclusos, así como tampoco se procedió a la reglamentación de los aspectos tendientes a garantizar la protección y efectividad en la prestación de los servicios de salud a la población reclusa consagrados en la Ley 65 de 1993, por lo cual el escenario del disfrute de este derecho no pudo ser más alentador, tal como se desvela en las diferentes sentencias proferidas por el Juez Constitucional para resolver casos concretos, hasta llegar a los pronunciamientos cumbres en este período contenidos en las Sentencias T-153 y T 606 y T 607 todas del año 1998.

2.1.2 Marco Jurisprudencial

Dentro de las sentencias que en este período resuelven casos concretos en materia de prestación de servicios de salud a reclusos está la Sentencia T-522 de 1992, cuyo antecedente fue la solicitud de un interno de la Cárcel Picota de Bogotá quien tenía un diagnóstico de Glaucoma en ojo derecho, soportando su acción en el hecho de que aunque se le habían practicado revisiones y exámenes de laboratorio por el médico encargado, estos, no habían sido los pertinentes para confirmar las enfermedades que acusaba tener; agregó que no se le habían suministrado los medicamentos formulados por el galeno tratante. (Corte Constitucional. Sala Cuarta de Revisión, Sentencia T-522, 1990).

Frente a este caso que llegó en sede de revisión al máximo Tribunal Constitucional, se dispuso revocar las sentencias de instancia que habían denegado la protección del derecho a la salud del accionante, y en su lugar se resolvió conceder la tutela de los derechos conculcados, ordenando al Director General de Prisiones que se realizaran todos los exámenes médicos necesarios con el fin de determinar si el tutelante requería o no un tratamiento, y, en caso

afirmativo, autorizar de manera inmediata el inicio del mismo y su culminación. (Corte Constitucional. Sala Cuarta de Revisión, Sentencia T 522,19, 1990).

En esta decisión la Corte se refirió expresamente al tema de la asistencia médica de las personas privadas de la libertad, señalando entre otros aspectos los siguientes:

Las personas privadas de la libertad gozan de todos los derechos inherentes a la dignidad humana en general, y en particular del derecho a la salud.

La salud es aquí obligación del detenido y del Estado. Del detenido, en la medida en que debe velar por su integridad. Y del Estado, porque el detenido está bajo su protección y responsabilidad, el cual tiene una obligación de resultado: devolver a la persona en el estado físico en que la recibió, sin perjuicio del deterioro natural del transcurso del tiempo. (Corte Constitucional. Sala Cuarta de Revisión, Sentencia T-522,19, 1990)

Dentro de este período, el cual denomina Ballén, (2014) como fase inaugural en materia de la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional relacionada con el derecho a la salud de la población reclusa, la compone un pequeño número de sentencias, las cuales se limitan a resolver el caso concreto, dentro de las cuales enumera además de la sentencia T 152 de 1992, las sentencias T 388 de 1993; T 494 de 1993; T 277 de 1994; T 420 de 1994; T 502 de 1994 y T 473 de 1995, las cuales tutelan el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida de la población reclusa.

Aparte de referirse a los casos concretos de vulneración del derecho a la salud, atención especial merece la sentencia T-277 de 1994 la cual hace alusión a la especial relación en la que se encuentra la población reclusa debido a la pérdida de autonomía para disponer del cuidado de su salud, disponiendo en este punto:

Mientras la persona goza de su libertad personal y no está sometida a potestad, es la titular del derecho a juzgar cuándo acudir en busca de tratamiento y hasta qué límites someterse al mismo, escogiendo de esta manera la calidad de vida que se acomoda a sus personales preferencias o, en otras palabras, la que corresponde a su idea de lo que requieren su vida y su muerte para ser apreciadas como dignas. Pero si la persona es privada de su libertad, pierde parcialmente la autonomía para calificar la gravedad de sus padecimientos y para decidir en qué casos buscar el tratamiento adecuado fuera del centro de reclusión en que se halla. (Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión, Sentencia T-277, 1994)

La Corte Constitucional, en la Sentencia T-153 de 1998, declaró el estado de cosas inconstitucional frente a la situación de los reclusos en el país, y cuyo análisis se encaminó a establecer si las condiciones en las cuales se encontraban albergados los reclusos constituían una vulneración a sus derechos fundamentales. En ese sentido, en lo que toca con el derecho a la salud resaltó la Corte que “el derecho a la salud se conculca dadas las carencias infraestructurales de las áreas sanitarias, la congestión carcelaria, la deficiencia de los servicios de agua y alcantarillado y la escasez de guardia para cumplir con las remisiones a los centros hospitalarios (...)”. (Corte Constitucional. Sala Tercera de Revisión, sentencia T-153, 1998)

En virtud a que la Sentencia T-153 de 1998 se enfocó en el problema del hacinamiento, en la misma no se avizora planteamiento u orden de la Corte en torno a las condiciones del disfrute y prestación de los servicios de salud a la población reclusa, así como tampoco se hace alusión a la falta de desarrollo de políticas o reglamentación de los aspectos que se contemplaron en la Ley 65 de 1993, los cuales redundarían en la protección del derecho al disfrute del derecho a la salud de la población privada de la libertad. (Corte Constitucional. Sala Tercera de Revisión, sentencia T-153, 1998)

Posteriormente en el mismo año, la Corte Constitucional en sentencia T 606 de 27 de octubre de 1998, dentro del expediente 174024, en la cual fue magistrado ponente José Gregorio Hernández Galindo, al revisar las decisiones de instancia de la acción de tutela de un recluso que había ingresado a la cárcel con problemas de columna, al cual no se le había autorizado una radiografía ni los medicamentos que requería para el dolor, pues tenía que comprarlos con su propio peculio, decidió tutelar los derechos a la vida y salud del accionante y ordenó al INPEC, la práctica de la radiografía de columna que requería, la evaluación de la misma, el suministro de los medicamentos y la iniciación y culminación de las terapias que el médico especialista considerará necesarios. (Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-606, 1998)

La sentencia T 606 de 2008, es de las más representativas en este primer período que se analiza, en relación con la prestación de servicios de salud, pues, llenó el vacío que en este específico punto dejó la sentencia 153 de 1998 y señaló que el tema de la salud en los establecimientos carcelarios dada su constante vulneración, se constituye en una faceta más del estado de cosas inconstitucional que afecta en general a las cárceles del país, y en consecuencia ordenó a al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario "INPEC", contratar o constituir un sistema de seguridad social en salud, bajo la modalidad subsidiada, para los reclusos detenidos preventivamente o los condenados. Señaló esta importante sentencia entre otros aspectos:

Es notorio que si, a la luz de la Constitución (art. 49), la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y que, si a todas las personas está garantizado por la Carta el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de aquélla, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, las circunstancias de un importante sector de la población, compuesto por los presos, ameritan que el Estado Social de Derecho aplique con carácter urgente el artículo

13 de la Constitución, que le manda promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados y proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta. (Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-606, 1998)

A su vez, en Sentencia T 607 de 27 de octubre de 1998, la Corte Constitucional al revisar un caso en el cual un recluso presentaba un constante e insoportable dolor en ambas manos y no se le suministraban medicamentos, reconoció la autonomía del derecho a la salud de los reclusos como un derecho fundamental autónomo sin que se requiera estar en conexión con la vida para su tutela, al considerar la especial relación de indefensión en la que se encuentran los reclusos, esto es, “absolutamente imposibilitados para procurarse alivio por sus propios medios”, es decir que esta declaración se hizo con fundamento en la especial relación de sujeción. (Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-607, 1998)

2.2 Modelo de atención asistencial en la prestación de servicios de salud a la población reclusa del año 1998 a 2013 e intervención del juez constitucional

2.2.1 Marco Normativo

Después de la declaración de cosas inconstitucional frente a los derechos de la población reclusa en el país, a través de las sentencias T-153 de 1998, T-606 y T-607 de 1998, el Gobierno concentró sus esfuerzos en impactar el problema del hacinamiento carcelario, es así como en el documento Conpes 3828 (2015) se refiere que dentro de este período se expidieron los documentos Conpes 3086 de 2000; 3277 de 2004, 3412 de 2006 y 3575 de 2009, los cuales apuntaron a la ampliación de la infraestructura penitenciaria y carcelaria, y a la expansión de la oferta nacional de cupos, a través de la construcción de nuevos centros de

reclusión. No obstante, en los citados documentos Conpes no se formuló ninguna política que impactará la prestación de servicios de salud de la población privada de la libertad. (Conpes 3828 y Conpes 3086)

Sólo después de 9 años de haber sido impartidas las ordenes por la Corte Constitucional para garantizar el derecho a la salud de la población reclusa, el inciso m del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 ordenó la afiliación al Sistema General de Seguridad Social de la población privada de la libertad y delegó en el Gobierno Nacional la determinación de los mecanismos que permitieran la operatividad para garantizar los derechos a la salud de esta población. (Ley 1122, 2007 art 14, ins m)

El inciso m del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 fue reglamentado por el Decreto 1141 de 1 de abril de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el cual dispuso que la población privada de la libertad se afiliaría a través del régimen subsidiado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante subsidio total, a través de una EPS de naturaleza pública del orden nacional, y la financiación se garantizaría con los recursos apropiados en el Presupuesto General de la Nación para el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC, con destino a la atención en salud de esta población. (Decreto 1141, 2009)

El artículo 5 del Decreto 1141 de 2009 en cuanto a la organización de los servicios de salud dispuso que las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, en los que se presten servicios de salud, deberían cumplir con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para lo cual el Ministerio de la Protección Social definiría los plazos y condiciones para tal fin.

A su vez el Ministerio de la Protección Social fundamentado en la atribución legal de dictar normas científicas y administrativas que regulan la calidad de los servicios de salud,

mediante Resolución 0366 de 2010, definió algunas condiciones para el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad para las área de sanidad de los establecimientos de reclusión del INPEC, entre otras el cumplimiento de las condiciones de habilitación que para la época estaban reguladas en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006, ambas del Ministerio de Protección Social, e incluso exigiéndoles el cumplimiento de los parámetros de componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad y del sistema de Información para la calidad. (Resolución 0366, 2012).

Para la implementación de lo dispuesto en el Decreto 1141 de 2009, el INPEC contrato con la EPS CAPRECOM, que según Contreras (2014), era para entonces, la única EPS de naturaleza pública del orden nacional que cumplía con los requisitos establecidas por este Decreto, motivo por el cual se celebró el contrato 1172 de 2009, en el cual se garantizó solamente el aseguramiento al régimen subsidiado de la población reclusa en establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, contrato cuya duración iba hasta el 31 de diciembre de 2009, prorrogándose sucesivamente hasta febrero de 2011, mes en el cual se suscribieron contratos para la administración de recursos y prestación de servicios. (Decreto 1141, 2009)

El Decreto 1141 de 2009 fue modificado por el Decreto 2777 de 2010, este último dispuso que la financiación de la afiliación de la población reclusa al Régimen Subsidiado se realizaría con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, y radicó en cabeza de la entidad promotora de salud del régimen subsidiado de naturaleza pública del orden nacional que se contrate y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario- INPEC, dentro de los dos (2) meses siguientes a la expedición del decreto, para que elaborarán y adoptarán un manual técnico para la prestación de los servicios de salud, incluidos en el plan obligatorio de salud y los que

eventualmente se requieran, que contenga como mínimo el modelo de atención y los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes. (Decreto 2777, 2010)

Mediante Decreto- Ley 4150 de 2011 el Presidente de la República escindió las funciones del INPEC y se creó la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC), a la cual se le asignaron funciones de gestionar y operar el suministro de bienes y la prestación de los servicios a la población privada de la libertad, correspondiéndole a esta entidad la asignación de la Entidad o Entidades Promotoras de Servicios de Salud que afiliarán dicha población al Régimen Subsidiado. (Decreto 4150, 2011)

Posteriormente se expidió el Decreto 2496 de 2012 el cual derogó los decretos 1141 de 2009 y 2777 de 2010 y estableció la posibilidad de que el INPEC afiliará a los internos al régimen subsidiado a través de una o más EPS públicas o privadas, para lo cual el INPEC elaboraría el listado censal, esta resolución también estipulo el trámite de traslado de EPS, así como la existencia de una Unidad de Pago por Capitalización (UPC) que reflejará las condiciones especiales de la atención en salud de la población, e incluyó como destinatarios a la población reclusa en los establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal, aspecto que respetaría la igualdad de la población reclusa frente al acceso al aseguramiento en salud. (Decreto 2496,2012)

El Decreto 2496 de 2012 mantuvo la obligación de que las áreas de sanidad en los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en las que se prestarán servicios de salud cumplieran con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con las disposiciones técnicas contenidas en la Resolución

número 0366 de 2010, expedida por el entonces Ministerio de la Protección Social. La financiación del aseguramiento continuó con cargo al FOSYGA. (Decreto 2496,12)

En el año 2013 el INPEC solicitó al Ministerio de Justicia la declaratoria de Estado de Emergencia en las cárceles debido a la grave situación de hacinamiento y las condiciones de salubridad y salud de los reclusos, esta solicitud fue atendida y se declaró el mismo por 7 meses a partir del 31 de mayo de 2013 y terminó el 31 de diciembre de 2013.

De la anterior relación de políticas públicas, leyes y normas en materia de garantía del derecho a la salud de la población reclusa entre los años 1999 a 2013, se puede entrever que se mantenían las mismas condiciones que 15 años atrás cuando se emitieron las primeras intervenciones de la Corte Constitucional, evidenciando además por parte del Gobierno completa despreocupación por el tema, es por ello que en este período la acción de tutela se siguió utilizando como una de las principales herramientas para resolver en los casos concretos las vulneraciones al derecho a la salud de la población privada de la libertad y nuevamente la Corte Constitucional declara el estado de cosas inconstitucional a través de la sentencia T-388 de 2013.

2.2.2 Marco Jurisprudencial

En cuanto al desarrollo de la línea jurisprudencial relacionada con el derecho a la salud de la población reclusa, en el período que analizamos, de acuerdo con lo expuesto por Ballén (2014), se desarrolla en los años 1999 a 2000 parte de la fase de intención activista estructural, de ahí hasta el año 2013 el período al que llama de resignación, como quiera que no se emiten pronunciamientos estructurales. No obstante, en nuestro análisis ya en el año 2013 vuelve el activismo de la Corte Constitucional al emitir la sentencia T-388 de 2013.

En el año 1999 se profirieron las sentencias T-530, T-575 y en el año 2000 las sentencias T-256, T-257, T-415, T-1291, T-1499 y T-1518, así por ejemplo en la sentencia 530 de 1999, la Corte enfatizó en que la atención de la salud de toda la población colombiana está prevista por la Ley 100 de 1993 a través de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, bien sea al régimen subsidiado o a través del régimen contributivo, y la población que no estuviera comprendida dentro de estos dos rangos, se atendía bajo el concepto de población vinculada, reiterando entonces para la población reclusa la necesidad de realizar la afiliación a un régimen de seguridad social. (Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión, Sentencia T-530, 1999)

Posteriormente aparecen otros pronunciamientos de la Corte Constitucional en relación con la prestación de los servicios de salud a la población reclusa, como las sentencias, T 358, 521, 696, y 728 del año 2001, T 461 y 1006 de 2002; T 172, 545, 687, 703,1025,1168 y 1174 del año 2003; T 851, 860, 1239 del año 2004; T 254 y 1013 del año 2005; T 133, 346, 361,686, 695 del año 2006, T 181 y 627 del año 2007, T 615, 1024, 1031 y 1272 del año 2008; T 126, 185 540 y 744 del año 2009; T 190, 347,690, 804 Y 825 de 2010, T 355, 423 del año 2011; T 163, 175, 321, 545 y 945 de 2012, y T 035, 077, 190, 266, 417, 744, 846 Y 849 de 2013, los cuales constituyen precedentes para que la Corte declarara nuevamente el estado de cosas inconstitucional al finalizar el año 2013.

Efectivamente en la Sentencia T-388 de 2013, la Sala Novena de revisión de la Corte Constitucional, luego de precisar que la problemática de hacinamiento declarada en la sentencia T 153 de 1998 ya se encontraba superada, debido a los esfuerzos del Gobierno nacional en la construcción de infraestructura y ampliación de cupos para los reclusos, estableció que las cárceles se encontraban en un nuevo estado de cosas inconstitucional, debido no sólo nuevamente al problema del hacinamiento, sino debido a la falta de protección y garantía de los

derechos de los reclusos, incluyendo el derecho a la salud, amén de las deficiencias en el acceso y prestación de servicios de salud. (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T-388, 2013)

En este nuevo estado de cosas inconstitucional declarado por la Corte Constitucional a diferencia del pronunciamiento contenido en la sentencia T-153 de 1998, se hizo un especial análisis de la evidente violación, irrespeto y falta de protección del derecho a la salud de la población reclusa, en doble vía, en primer lugar al someter a los reclusos a condiciones de reclusión que deterioran su estado de salud y posteriormente al privarlos del acceso a los servicios de salud que requieren, siendo muy contundente frente a este pronunciamiento al señalar:

El tener un servicio de salud claramente defectuoso e ineficiente en las penitenciarías y cárceles, de por sí, es una violación flagrante de los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad. El sólo hecho del encierro puede tener impactos considerables en la salud física y mental de un ser humano, por lo que, carecer de servicios básicos adecuados de salud, es dejar de contar con un servicio público que, se sabe, se requerirá con toda seguridad. Pero cuando a esta violación al derecho a acceder a los servicios médicos que se requieran se suman los graves riesgos de afectación a la salud, dado el estado de cosas, se genera un contexto de muerte; una institución donde se encierra a las personas, se las enferma, y luego, se les cierra la puerta de los servicios del sistema de salud, y se les abre la del cementerio. (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T-388, 2013)

Ahora bien, la Corte Constitucional señaló que se han tutelado todas las fases del derecho a la salud de la población reclusa en todas las fases de atención; el acceso a los servicios de salud mental; el derecho al diagnóstico; el derecho a ser intervenido quirúrgicamente en forma oportuna; a recibir medicamentos; a la atención de las afecciones de salud sufridas en

prisión, incluso con continuidad, luego de salir de prisión; motivo por el cual al constituirse en violaciones generalizadas y contrarias a la constitución ordenó al Gobierno Nacional para que en coordinación de los diferentes intervinientes diseñara e implementara las medidas para remover en forma ágil los obstáculos y las barreras al acceso a los servicios de salud. (Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Sentencia T-388, 2013)

Este período de análisis finaliza con un derecho a la salud de la población reclusa con violaciones sistemáticas y generalizadas en un escenario con similares supuestos fácticos a los que se presentaban en el año 1998, con el avance del aseguramiento en salud de este grupo poblacional, pero con unas políticas públicas deficientes y nulas en materia de la garantía del acceso y prestación de los servicios de salud.

2.3 Modelo de atención en la prestación de servicios de salud a la población reclusa del año 2014 a 2019 e intervención del juez constitucional

2.3.1 Marco Normativo

Esta fase de análisis arranca con la expedición de la Ley 1709 de 20 de enero de 2014, normativa que modificó algunos artículos de la Ley 65 de 1993 y específicamente, en lo relacionado con el derecho a la salud de la población privada de la libertad consagró el acceso a los servicios en salud sin discriminación, dispuso la existencia de una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en salud en cada centro de reclusión, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social y a la USPEC el diseño e implementación de un modelo de Atención en Salud especial para la población privada de la libertad a cargo del INPEC, y creó el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. (Ley 1709,2014)

El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, creado por la Ley 1709 de 2014, se constituyó como una cuenta especial de la Nación, conformado por recursos del Presupuesto General de la Nación manejados por una entidad fiduciaria, entre cuyas funciones se le otorgó la de contratar la prestación de servicios de salud para la población privada de la libertad a cargo del INPEC, de acuerdo a las instrucciones del Consejo Directivo de dicho fondo, así como la función de garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales a la población privada de la libertad. (Ley 1709, 2014)

La Ley 1709 de 2014 fue producto de la iniciativa del Ministerio de Justicia y del Derecho teniendo como objetivos primero, superar la crisis del sistema, y segundo, garantizar los derechos humanos de la población privada de la libertad, así, en lo que respecta al derecho a la salud, en el debate en el Senado, en el trámite de esta Ley, se enfatizó en el fortalecimiento de los servicios intramurales a través de la implementación de un servicio básico de salud en todos los establecimientos penitenciarios que conllevará a impactar positivamente la atención inmediata de las personas privadas de la libertad, y a la disminución de las remisiones a centros de atención en salud, lo que implicaría mayor seguridad. (Gaceta del Congreso, Senado de LA República, Ponencias, 2013)

En desarrollo de la Ley 1709 de 2014, el 24 de noviembre de 2015, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2245 mediante el cual adicionó un capítulo al Decreto 1069 de 2015 Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, reglamentando el esquema para la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario —INPEC, derogando el Decreto 2496 de 2012, el cual sólo mantuvo vigencia respecto al aseguramiento de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital

o municipal así como para quienes estén reclusos en guarnición militar o de policía. (Decreto 2245, 2015)

El Decreto 2245 de 2015 delimitó las funciones del Fondo Nacional de Salud, disponiendo que esté a través de la entidad fiduciaria que administre sus recursos contratará y pagará los servicios de salud autorizado por el consejo Directivo de la USPEC; a su vez la USPEC es la encargada de contratar a la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fondo y entre otras funciones debe implementar el modelo de atención en salud gestionar la construcción, mantenimiento y adecuación de la infraestructura destinada a la atención en salud, y al INPEC se le asignó la función de garantizar el traslado de las personas para el acceso a los servicios de salud y expedir junto con la USPEC los manuales técnicos administrativos para la prestación de los servicios de salud. (Decreto 2245, 2015)

A su vez, el Decreto 2245 de 2015 incorporó disposiciones sobre tratamiento diferenciado en la atención en salud para las mujeres, niñas y niños menores de tres años, mujeres gestantes y lactantes, adultos mayores, personas con especiales afecciones de salud como portadores de VIH o enfermedades en fase terminal, población con patologías mentales y personas consumidoras de sustancias psicoactivas, disponiendo además el término de 8 meses para la implementación del esquema de servicios de salud, a partir del 1 de diciembre de 2015. (Decreto 2245, 2015)

En el esquema de atención en salud de la población privada de la libertad contemplado en la Ley 1709 de 2014 y sus decretos reglamentarios intervienen varios actores y entidades a las cuales se les asignaron funciones y competencias encaminadas a garantizar el derecho a la salud de la población privada de la libertad, tal y como se describe a continuación.

Cuadro 1.- Esquema de atención en Salud: Función – Competencia de Entidades

ENTIDAD	FUNCIÓN / COMPETENCIA	NORMA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Diseñar en conjunto con la USPEC un modelo de atención en salud especial, integral, para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria,	Art, 66 de la Ley 1709 de 2014. / Artículo 2.2.1.11.4.2.1. del Decreto 2245 de 2015
	Reglamentar el diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del servicio social que se preste a la PPL.	Parágrafo 5 del art 66 de la L2y 1709 de 2014.
MINISTERIO DE HACIENDA	Girar a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC los recursos asignados en la ley anual presupuesto.	Artículo 2.2.1.11.2.5 del Decreto 2245 de 2015
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO (INPEC)	Garantizar la existencia en los centros de reclusión de una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria	Art 65 de la Ley 1709 de 2014.
	Proteger la salud de la población privada de la libertad portadoras de VIH, con enfermedades infectocontagiosas o con enfermedades terminales.	Art 67 de la Ley 1709 de 2014
	Mantener y actualizar el Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y carcelario (SISIPEC)	numeral 1 Art 2.2.1.11.3.3 del Decreto 2245 de 2015.
	Garantizar las condiciones y medios el traslado de personas privadas de la libertad a la prestación de salud.	numeral 3 del Art 2.2.1.11.3.3 del Decreto 2245 de 2015.
	Expedir en coordinación con la USPEC, los Manuales Técnico-Administrativos para la prestación de servicios de salud, acorde al Modelo de Atención en Salud.	numeral 5 del Art 2.2.1.11.3.3 del Decreto 2245 de 2015.
UNIDAD DE SERVICIOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS.	Diseñar en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social un modelo de atención en salud especial, integral, para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria.	Art, 66 de la Ley 1709 de 2014.

	Adecuar la infraestructura de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se prestará la atención intramural, conforme a los que establezca el modelo de atención en salud.	Art, 66 de la Ley 1709 de 2014.
	Elaborar anualmente el anteproyecto de Presupuesto, con base en el cual el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas la Libertad elevará la solicitud asignación al Ministerio de Hacienda	
	Suscribir el correspondiente contrato de fiducia mercantil, y fijar la comisión que en desarrollo del mismo.	Artículo 2.2.1.11.2.4. del Decreto 2245 de 2015.
	Analizar y actualizar la situación salud de población privada de libertad a partir de la información suministrada por los prestadores los servicios de salud.	Numeral 1 del artículo 2.2.1.11.3.2. del Decreto 2245 de 2015
	Contratar las actividades de supervisión e interventoría el contrato de fiducia mercantil se suscriba, con los recursos del Fondo Nacional de Salud	Numeral 5 del artículo 2.2.1.11.3.2. del Decreto 2245 de 2015
	Garantizar la construcción, mantenimiento y adecuación la infraestructura destinada a la atención en de las personas privadas de la libertad dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional.	Numeral 7 del artículo 2.2.1.11.3.2. del Decreto 2245 de 2015
	Expedir en coordinación con el INPEC, los Manuales Técnico-Administrativos para la prestación de servicios de salud, acorde al Modelo de Atención en Salud para esta población	Artículo 2.2.1.11.3.4. del Decreto 2245 de 2015.
FONDO NACIONAL DE SALUD PARA PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD	El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, se encargará de contratar la prestación de los servicios de salud de todas las personas privadas de la libertad, de conformidad con el modelo de atención que se diseñe en virtud del presente artículo	Parágrafo 2 del artículo 66 de la Ley 1709 de 2014.

	Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo; 3. Llevar los registros contables y estadísticos necesarios para determinar el estado de la prestación del servicio de salud y garantizar un estricto control del uso de los recursos;	
	Financiación, mediante transferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía, o a quien haga sus veces, de las Unidades de Pago por Capitación de la población privada de la libertad afiliada al Régimen Subsidiado, contributivo o especial del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Art 4 del Decreto 1142 de 2006 que modificó el artículo 2.2.1.11.2.3 del Decreto 1069 de 2015
ENTIDAD FIDUCIARIA	Contratar y pagar los servicios autorizados.	Artículo 2.2.1.11.3.1 del Decreto 2245 de 2015.
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Garantizar la prestación de servicios de salud en las Unidades de Atención Intramural, Extramural.	Artículo 2.2.1.11.5.1 del Decreto 2245 de 2015
	Garantizar la implementación de las intervenciones colectivas e individuales de alta externalidad en salud, que permitan atenuar los riesgos y proteger la salud de la PPL	Artículo 2.2.1.11.5.1 del Decreto 2245 de 2015
EPS SUBSIDIADO/ CONTRIBUTIVO/ ESPECIAL	Garantizan el aseguramiento en salud de la PPL afiliada y su grupo familiar siempre que sigan cumpliendo los requisitos.	Artículo 2.2.1.11.7.2 del Decreto 2245 de 2015
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	La Inspección y Vigilancia de las disposiciones	Art 1 del Decreto 1142 de 2006 que modifico el art 2.2.1.11.1.1 del Decreto 1069 de 2015.

Fuente: Elaboración autor.

En ese mismo año 2014, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 2003 de 2014, por medio de la cual definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, estableciendo que a los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios, no les serán aplicables los procedimientos y condiciones de habilitación contenidos en dicha Resolución, esta disposición se mantuvo en el párrafo del artículo 2° de la Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019, que derogó la Resolución 2003 de 2014. (Resolución 2003/14)

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la USPEC, a través de la Resolución 5159 de noviembre 30 de 2015, diseñaron el Modelo de Atención en Salud especial para la población privada de la libertad bajo custodia del INPEC, en los términos de la Ley 1709 de 2014 y el Decreto 2245 de 2015, teniendo como bases los componentes de prestación de servicios de salud, red prestadora de servicios de salud, sistema obligatorio de garantía de calidad, salud pública, seguimiento y evaluación del Modelo, el cual está desarrollado en el anexo de ésta Resolución. (Resolución 5159,2015)

Este modelo de Atención en Salud estableció una Red Prestadora de Servicios de Salud compuesta por prestadores de servicios de salud primarios intramurales, (Unidades de Atención Primaria, y de Atención Inicial de Urgencias) y extramurales, y prestadores complementarios extramurales, y determinó que la puerta de entrada al sistema son los prestadores intramurales a través de los cuales entre otros, debe garantizarse servicios de protección específica y de detección temprana, prestaciones en medicina general y especialidades básicas, manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos. (Resolución 5159,2015)

No obstante, frente a los prestadores de salud intramurales el modelo de atención en salud no exige la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, ni el

cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, debiendo estos prestadores observar las condiciones de calidad que señalen los Manuales Técnico Administrativos expedidos por el INPEC y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Resolución 5159,2015).

El modelo de salud para la población reclusa a cargo del INPEC contenido en la Resolución 5159 de 2015, a su vez radica en cabeza de la USPEC el diseño y desarrollo de las acciones en salud pública relacionadas con la caracterización de la población y la elaboración del Plan de Salud para la población privada de la libertad, incluyendo en este específico punto la vigilancia de las entidades territoriales; así mismo determina que el seguimiento y evaluación del modelo está a cargo del INPEC en coordinación con la USPEC, (Resolución 5159 de 2015).

Así las cosas, la prestación de servicios de salud de la población privada de la libertad de acuerdo al modelo diseñado por el Ministerio de Salud y la USPEC, atendiendo lo señalado en la Resolución 5159 de 2015, presenta las siguientes características:

Cuadro 2.- Características de modelo de salud para la población reclusa

CARACTERÍSTICAS	CONTENIDO	NORMA
DESTINATARIOS	Población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec), al Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, así como a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en establecimientos de reclusión del orden nacional.	Art 2 de la Resolución 5159 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social
CONDICIONES DE CALIDAD EN LA	Los prestadores extramurales deberán cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de	Art 4 de la Resolución 5159 de

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Calidad definido en el Decreto 780 de 2016. Las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias de los establecimientos penitenciarios y carcelarios en los cuales se preste la atención intramural, cumplirán las condiciones de calidad que se definan en los Manuales Técnico-Administrativos que expida el Inpec, en coordinación con la Uspec.	2015 del Ministerio de Salud y Protección Social
PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	El modelo define como prestadores de servicios de salud solamente a las Instituciones, prestadores independientes, los servicios de Transporte Especial de Pacientes, responsables de la atención a la población interna a nivel extramural.	Definición contenida en el Anexo de la Resolución 5159 de 2015.
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	La inscripción en la base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud solo aplica para los prestadores extramurales.	Definición contenida en el Anexo de la Resolución 5159 de 2015.
PUERTA DE ENTRADA	La puerta de entrada al servicio de salud para la población privada de la libertad será a través del Prestador de Servicios de Salud Primario Intramural (Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria).	Anexo Técnico de la Resolución 5159 de 2015
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD INTRAMURALES	Son aquellos que se encuentran ubicados en la Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria de los distintos establecimientos de reclusión, mediante los cuales los usuarios acceden inicialmente al servicio (puerta de entrada). A estos prestadores les corresponde	Anexo Técnico de la Resolución 5159 de 2015

	realizar la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y de detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes. Igualmente, ejecutarán las prestaciones individuales de carácter integral en medicina general y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud, incluyendo manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones.	
SUPERVISIÓN	En cada Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud, existirá al menos un coordinador de esta que garantice y monitoree el cumplimiento de directrices impuestas en este Modelo por parte de contratistas y/o prestadores contratados para tal fin.	Anexo Técnico de la Resolución 5159 de 2015
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	La Uspec, en coordinación con el Inpec, deberán realizar seguimiento y control al Modelo de Atención en Salud a la población privada de la libertad, de forma tal que se garantice el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud.	Anexo Técnico de la Resolución 5159 de 2015

Fuente: Elaboración autor. Tomado del Ministerio de Salud y la USPEC. Resolución 5159 de 2015.

Para finales del año 2015, a través del Decreto 2519 de 28 de diciembre, con base en informes técnicos de la Superintendencia Nacional de Salud y recomendación del Ministerio de Salud y Protección Social, se suprimió la Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM, que actuaba como Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, aseguradora, y prestadora de servicios de salud de la población reclusa del régimen subsidiado, y se ordenó su liquidación y la reasignación de los afiliados a otras Empresas Promotoras de Salud a partir del 1 de enero de 2016, (Resolución 2519, 2015).

Con ocasión de la liquidación de CAPRECOM, y para garantizar la continuidad de la atención en salud a la población privada de la libertad a cargo del INPEC, el 23 de diciembre de 2015 se suscribió el contrato de fiducia mercantil núm. 363 de 2015 entre la USPEC y el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2015, integrado por la Fiduprevisora S.A. y Fiduagraria S.A., con el objeto de manejar y pagar los recursos dispuestos por el fideicomitente en el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

Posteriormente, a través del Decreto 1142 de 15 de julio de 2016, el Ministerio de Justicia y del Derecho, modificó el Decreto 1069 de 2015 en el sentido de incluir en el Modelo de Prestación de servicios de salud a los menores de tres años que convivan con sus madres en establecimientos de reclusión, así mismo dispuso conservar la afiliación de la población privada de la libertad afiliada al Régimen contributivo o regímenes especiales, o a planes voluntarios de salud, en este sentido la Resolución 03595 de 10 de agosto de 2016 modificó la Resolución 5159 de 2015 incluyendo como destinatarios dentro de este modelo de atención en salud a estas EPS y a los menores de 3 años que convivan con sus madres (Resolución 03595 de 2016)

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019, derogó la Resolución 2003 de 2014 definiendo los procedimientos y Condiciones de Inscripción de los prestadores de servicios de Salud y de Habilitación de los servicios de salud, mantuvo en el párrafo del artículo 2º, la excepción de la inscripción y cumplimiento de los estándares de habilitación para los servicios intramurales de los establecimientos penitenciarios.

2.3.2. Marco Jurisprudencial

La Corte Constitucional, en este período profirió la sentencia T 762 de 2015 mediante la cual en revisión de 18 acciones de tutela en las que se denunciaba la violación sistemática de los derechos fundamentales de la población privada de la libertad en el país reiteró el estado de cosas inconstitucional en las cárceles del país, y en materia de prestación de servicios de salud para la población privada de la libertad, estableciendo en el numeral 156, medidas concretas y técnicas propias de una política en salud, disponiendo los tipos de servicios requeridos, las condiciones de la infraestructura y los contenidos mínimos de los manuales que deba expedir el Ministerio de Salud. (Corte Constitucional, Sentencia, sala Quinta de Revisión T-762, 2015)

En la Sentencia T-762 de 2015 la Corte Constitucional conformó un grupo especial de seguimiento al cumplimiento de las órdenes emitidas, y requirió al INPEC, a la USPEC y al Ministerio de Justicia y Del Derecho para que, en un término de un año a partir de la notificación de esta sentencia, adecuara las áreas de sanidad de los 16 establecimientos de reclusión bajo estudio, y asegurará el cumplimiento de las condiciones mínimas de prestación del servicio de salud. (Corte Constitucional, Sentencia, sala Quinta de Revisión T-762, 2015)

Otras pronunciamientos importantes, en este período de análisis, proferidos por la Corte Constitucional son las sentencias T 409 de 2015, en la cual se señaló que el derecho a la salud de las personas reclusas debe garantizarse por el Estado y protegerse con la misma efectividad de quienes no hacen parte de esta población, obligación que en este caso resulta más reforzada en virtud de la relación de sujeción que se configura frente a las personas privadas de la libertad, en el mismo sentido se fundamentan las sentencias T 378 de 2016; T 127 de 2016, T 193 de 2017, T 060 de 2019; T 260 de 2019; T 374 de 2019, y T 044 de 2019.

Dentro de los aspectos comunes que se observan en las sentencias expedidas por la Corte Constitucional en este período, se evidencia la falta de compromiso y aceptación de responsabilidades por parte de las entidades que integran el modelo de atención en salud para la población reclusa, así por ejemplo, en la sentencia T 044 de 2019, el Ministerio de Salud sostuvo que su papel en el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad se limitó a su diseño y se agotó con la emisión de la Resolución 5159 de 2015, y su modificación en 2016, y a su vez la USPEC aseguró que los servicios de salud para la población reclusa son responsabilidad del Consorcio Fondo de Atención en Salud, encargado de contratar la red de atención requerida y del INPEC. (Sentencia T-044, 2019)

El INPEC, también ha señalado que no tiene la función de garantizar el derecho a la salud de la población reclusa, por cuanto, dichas asignaciones fueron escindidas mediante Decreto Ley 4150 de 2011 y actualmente se encuentran asignadas a la USPEC; de otro lado, el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2017, a sostenido que no tiene competencia para la prestación de servicios médico asistenciales según el contrato de fiducia mercantil N°331 de 2016, que le asignó las funciones de garantizar la contratación del talento humano y del pago de sus honorarios, precisando que la prestación de los servicios de salud está reservada a las EPS y a las IPS del sistema de seguridad social. (Sentencia T-060 de 2019)

La Corte Constitucional a través de diferentes pronunciamientos ha realizado seguimiento a la declaratoria de estado de cosas inconstitucional, así, mediante Auto 368 de 2016 en atención a un incidente de desacató de las ordenes generales contenidas en la sentencia T 762 de 2015, luego de precisar que no tiene funciones de seguimiento, toda vez que las mismas estaban delegadas en la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y el Ministerio de la Presidencia, ni para conocer los incidentes de desacato, delegó el trámite de los incidentes que se

promuevan para lograr el cumplimiento de las órdenes generales emitidas en la Sentencia T-762 de 2015 a la sala Penal del Tribunal Superior de Bogotá. (Corte Constitucional. Auto 386, 2016)

En otros pronunciamientos como los contenidos en los Autos de 10 de agosto de 2017 y 613 de 2018, la Corte Constitucional señala que, no hay claridad sobre la forma en que el Grupo Líder de Seguimiento ha valorado el impacto de la gestión en salud en el goce efectivo de este derecho de las personas privadas de la libertad, ni de cómo las actuaciones con las que se pretende incidir responden a una estrategia permanente y sistemática para lograr la superación de las dificultades en materia de salud, así como tampoco precisa claridad de cómo opera el modelo de atención en salud para la población reclusa.

Por su parte a través del Auto 121 de 2018, la Corte Constitucional en atención al no reporte de los informes de seguimiento por parte de las entidades líderes del proceso y del Gobierno Nacional reorientó el seguimiento al cumplimiento de las órdenes contenidas en las Sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015, en el sentido de conminar a estas autoridades a propender por la satisfacción de los mínimos constitucionalmente asegurables asociados a cada uno de los derechos de los reclusos, y hace una invitación a las facultades de derecho del país dentro de ellas directamente a la Universidad Externado de Colombia para intervenir de manera activa en el proceso de seguimiento a este ECI, presentando escritos dentro de 1 mes después del reporte semestral que presente el Gobierno Nacional. (Corte Constitucional, Auto 121, 2018)

Finalmente, a través de Auto 110 de 11 de marzo de 2019. La M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, luego de realizar un análisis del hacinamiento carcelario, dispuso que se debe realizar seguimiento no sólo a la vulneración de los derechos fundamentales de la población reclusa a cargo del INPEC, sino también involucrar a todas las personas privadas de la libertad y a todos los centros de reclusión del país. (Corte Constitucional, Auto 110, 2019)

Así las cosas, si bien en este último período de análisis se expidió normatividad concreta en la que se adoptó un modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, el mismo carece de elementos que le permitan garantizar su efectividad, toda vez que este modelo no contempla responsabilidades de las entidades intervinientes, suprime garantías importantes como el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud, la inscripción en el Registro de Prestadores, no aplica para la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, tampoco determina la entidad que ejerce la Inspección Vigilancia y Control.

CAPÍTULO 3

LINEAMIENTOS ESENCIALES DE UN MODELO EFICIENTE DE ATENCIÓN EN SALUD PENITENCIARIO PARA COLOMBIA

3.1 Elementos que debe contener un Modelo de atención en salud Penitenciario, respetuoso del marco legal Internacional

De acuerdo con Moscoso (2017), los gobernantes elegidos por voto popular deben incluir en su agenda las formas de resolver los conflictos que aquejan a una pequeña o gran parte de la sociedad, y de esta manera cumplir con los fines del Estado Social de Derecho y mantener a la población civil lejos de un estado de cosas inconstitucional, aunado a esto, señala Maya (2018); respecto al derecho a la salud, las políticas públicas deben ser no solo del gobierno de turno, sino que se deben convertir en políticas de Estado, y de esta forma garantizar su continuidad.

Así, entonces, para la construcción de un modelo, esquema o sistema de atención en salud para población privada de la libertad, producto de una política pública, que se traduzca en normatividad efectiva reflejada en programas y estrategias que apunten al cumplimiento de la superación de estado de cosas inconstitucional y al respeto por los derechos humanos, es necesario, en primera medida, que se tome conciencia por parte del Gobierno Nacional de la responsabilidad que tiene como garante del derecho al más alto nivel de salud física y mental de esta población, asumiendo su rol en la toma de decisiones y asumiendo compromisos serios frente al cumplimiento de las obligaciones derivadas de la normatividad internacional, constitucional y legal en esta materia.

La política pública en materia de salud para la población privada de la libertad debe tener, un enfoque en derechos humanos, siendo uno de sus pilares el principio de igualdad y no discriminación, el cual según la Comisión Internacional de Derechos Humanos, (2018), en materia de política pública tiene tres dimensiones, la primera el reconocimiento a la dignidad humana en condiciones de igualdad, la segunda refiere al diseño de herramientas bajo un enfoque diferenciado que atienda las condiciones particulares de ciertas poblaciones, y por último, la activa participación de las personas, grupos y poblaciones en situación de discriminación histórica en el diseño de políticas públicas que les conciernen.

En ese sentido, el Gobierno, debe encaminar los esfuerzos para garantizar a los reclusos las mismas garantías y estándares en el disfrute al derecho a la salud que al resto de la población, con las limitaciones propias de la vida en reclusión, tal y como lo establece el numeral 1 de la Regla 24 de las normas mínimas para el Tratamiento de los reclusos: “ *los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior*”, principio que a su vez recoge la Organización Mundial de la Salud en la declaración de Moscú, (2003a), recomendando que la salud Penitenciaria sea parte Integral del Sistema de Salud público.

Según la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Moscú, (2003 b), el hecho de que la salud en las prisiones esté delegada en el Sistema de Salud público garantiza la existencia de normas de tratamiento para detenidos, formación conjunta de profesionales, estándares modernos de control de enfermedades, continuidad del tratamiento en la sociedad externa, y unificación de estadísticas.

Posteriormente, en otro informe de gobernanza para la salud en las prisiones, la organización Mundial de la Salud, (2013), resaltó nuevamente la importancia de la transferencia

de la responsabilidad del derecho a la salud en la prisiones del Sistema Penitenciario, al Sistema de Salud Público, lo cual, según esta entidad, mejoraría considerablemente el servicio de salud penitenciario, citando como ejemplo, los casos de Noruega, Francia, el Reino Unido e Italia, enumerando como beneficios de dicha transferencia, la inclusión de los presos en iniciativas de salud pública, el desarrollo de indicadores de salud penitenciaria, evaluaciones de desempeño del servicio e integración de datos de salud penitenciaria en estadísticas nacionales de salud.

En esta misma línea, la Organización de Naciones Unidas (2011), en el informe Anual sobre el derecho a la salud de la población reclusa en Argentina, hizo un llamado al fortalecimiento de la presencia del Ministerio de Salud para abordar la salud en las cárceles, y desarrollar un modelo de salud integral, con objetivos claros y marco de monitoreo, basado en las normas utilizadas en la comunidad, incluidas las relacionadas con promoción, prevención y vigilancia.

El gobierno debe garantizar la participación de los reclusos como un actor involucrado en la construcción de políticas públicas en sanidad penitenciaria, quienes son además los destinatarios de estas, tal y como se menciona en un estudio de salud Integral en mujeres presas:

Finalmente, en cuanto al elemento de la persuasión, que debe ser parte de las políticas públicas, se sugiere desde ahora que en la implementación de las transformaciones requeridas se de participación activa a las mujeres presas sobre las que incidirán las políticas propuestas. Esto último no solo facilita las implementaciones, sino que se requiere para que la incidencia en la salud integral respete la dignidad Humana y su vinculación con el libre desarrollo de la personalidad garantizado por el Art. 16 de la Constitución Política de Colombia. (Restrepo, 2017. p. 332)

El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad debe ser integral con enfoque en la promoción y prevención, debido a que por el hacinamiento y la falta de

salubridad de las instalaciones los reclusos están más propensos a contraer enfermedades infecto contagiosas, debe además privilegiar el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, de tal forma que allí se resuelvan la mayoría de las necesidades de la población y se tenga que evitar remisiones a otros niveles de complejidad, o en caso que lo amerite se realicen de manera oportuna.

Ahora bien, tal y como lo señala Piñeros (2014), para la estructuración de los programas y líneas de acción en salud penitenciaria, necesariamente se debe partir de un diagnóstico situacional integral de la sanidad penitenciaria, que incluya diferentes variables, que permitan conocer de primera mano las realidades, carencias, necesidades, problemas, progresos y tendencias, de esta población. Este diagnóstico debe tener un enfoque diferencial que incluya a la población con problemas de doble vulnerabilidad como la población LGTBI, las mujeres, los menores de tres años que conviven con sus madres en prisión, las personas con enfermedades terminales, crónicas, con VIH, u otra enfermedad infectocontagiosa.

De acuerdo con Serrano (2010) citado por Díaz (2017. p. 21), “(...) la prisión, un centro cerrado que incide directa e indirectamente en la salud de los internos, y favorece la aparición de ciertas patologías con más intensidad que en la vida en libertad, así como un mayor riesgo de contagio, por la proximidad entre los internos”. De ahí, que la propuesta de Díaz (2017), es desarrollar programas específicos de intervención en torno a los problemas en salud más frecuencia en las prisiones de España, como son: la drogodependencia, enfermedades infectocontagiosas, atención ginecológica a mujeres, la detección y prevención de conductas suicidas y prevención y tratamiento a pacientes con VIH. Al respecto también se afirma:

La atención en salud en las cárceles tiene unas características particulares que la diferencian de la atención en salud del resto de la población, lo cual obedece a la situación de encierro, la falta de equipamiento para tratamientos complejos, y por la

especial vulnerabilidad de esta población, en la que a su vez, se presentan mayores tasas de suicidio e intento de suicidio, mayores riesgos de contraer enfermedades transmisibles debido a las facilidades del contagio que surgen del hacinamiento y sobrepoblación, especialmente por patologías infecciosas como el virus del VIH, hepatitis C, tuberculosis. (Sanhueza G.E, Candia J, 2019, p. 11)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), los gobiernos deben dar prioridad a reducir la vulnerabilidad de grupos como los presos, en atención a sus condiciones de vida, y diseñar políticas enfocadas a la prevención de la transmisión del VIH en las cárceles, de acuerdo con la meta contemplada en el numeral 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, adoptados en septiembre de 2015, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la que señala “3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”. (Organización Mundial de la Salud, 2016, párr. 4).

Esto también, en atención a lo señalado por la Organización de Naciones Unidas (2018) frente a la problemática de VIH en las cárceles. “De igual manera, es importante considerar la situación del contagio del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables, particularmente en centros penitenciarios de Latinoamérica y el Caribe, donde entre 2005 y 2015, la prevalencia de este virus fue casi el doble de la prevalencia reportada entre la población general”. (ONU, 2018, p. 19)

Otra estrategia que se debe contemplar es la gestión de todo el ciclo del servicios de salud de los reclusos con calidad, esto es, desde el primer contacto de la atención y hasta el último, calidad entendida de acuerdo con la definición de Martínez como “el grado en el cual los servicios brindados por la entidad al paciente aumentan la posibilidad de lograr el máximo beneficio alcanzable, considerando los aspectos científicos, técnicos, tecnológicos y humanos del

servicios de salud, que conducen a minimizar la ocurrencia de eventos no deseados y eventos adversos”. (Martínez, 2019, p. 68)

En cuanto al deber de Inspección y Vigilancia, la Organización Mundial de la Salud (2013b), en su informe de Gobernanza en las prisiones señala que las agencias gubernamentales deberían inspeccionar periódicamente las cárceles para verificar si se ajustan a los requisitos exigidos por el Derecho Internacional y por los organismos independientes que tengan competencias para inspeccionar y vigilar cárceles, cuyos hallazgos deben publicarse, y sirven para monitorear las condiciones de la prisión y el tratamiento de los presos.

Así las cosas, la Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud se debe realizar por una entidad externa al Sistema Carcelario, con facultades normativas para la Inspección Vigilancia y Control del Sistema De Salud General, como acontece en Argentina en donde el Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias (2014), recomienda al Ministerio de Salud “ la conveniencia de implementar Sistemas de supervisión y/o auditoria independientes de los órganos de custodia, que evalúen periódicamente el funcionamiento de la prestación de asistencia de la salud en cárceles”. (p. 14)

Es importante que la política en salud penitenciaria, contemple la posibilidad de los reclusos de acudir a una instancia externa en donde puedan interponer quejas por las deficiencias en el disfrute de su derecho, así lo contempla la Organización Mundial de la salud, (2013c), en el estudio sobre gobernanza en salud en las prisiones, al señalar que independientemente del Ministerio que esté a cargo de salvaguardar el derecho a la salud de los reclusos, éstos tiene derecho a presentar solicitudes y quejas a las autoridades penitenciarias y a apelar a una entidad independiente sin que por ello deba afrontar una consecuencia negativa.

Otro de los aspectos importantes que se deben contemplar como estrategia para mejorar la accesibilidad y oportunidad en las solicitudes de servicios de salud en el sistema Penitenciario es la implementación de las nuevas tecnologías, como es del caso de la telemedicina , entendida como “el uso de información médica intercambiada entre lugares diferentes a través de comunicaciones electrónicas para mejorar el estado de salud de los pacientes” definición de la Asociación Americana de Telemedicina ATA (2018) citado por Álvarez (2019), en donde agrega que:

La TMD contribuye a humanizar la asistencia sanitaria de las personas privadas de libertad, al evitar los traslados y la exposición de los pacientes en lugares de pública concurrencia y facilitar el acceso a la atención especializada de forma más rápida y eficiente. Además, supone una importante minimización de costes directos no médicos y sociales. (Álvarez, 2019, p. 52)

3.2 Crítica al actual modelo de atención en salud de la población privada de la libertad en Colombia.

El actual esquema de atención en salud para la población privada de la libertad es de tipo mixto, radicando la garantía de su goce en cabeza del Sistema Penitenciario y Carcelario, a través del INPEC y la USPEC, con participación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuanto al aseguramiento y a la prestación de servicios de salud extramurales.

Aunque en principio con la expedición del Decreto 2245 de 2015 tanto el aseguramiento como la prestación fueron asignados en cabeza solamente al Sistema Penitenciario, tal y como ocurría antes de la expedición de la Ley 1122 de 1997, posteriormente con el Decreto 1069 de 2015, se vinculó nuevamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la

conservación de la afiliación de los reclusos a los regímenes subsidiado, contributivo, especial o los planes voluntarios de los reclusos.

Pese a que se ha evidenciado un avance significativo en cuanto al reconocimiento y el deber de garantizar el derecho a la salud de la población privada de la libertad, los roles, responsabilidades y funciones dentro del esquema de atención en salud, en algunos casos, no están claramente definidos, y en otros se aprecia la falta de vinculación de entidades y actores fundamentales dentro del mismo, tal y como se sintetizó en el cuadro 1.

Así, al Ministerio de Salud y Protección Social, solo se le asignó la función de diseñar el modelo de atención en salud junto con la USPEC, función que cumplió con la expedición de la Resolución 5159 de 2015.

El Ministerio de Salud, a su vez, estableció en el párrafo del artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014, derogada por la Resolución 3100 de 2019, la excepción de la inscripción y habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014. La Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019 mantiene esta excepción frente a las condiciones de habilitación y prestación de servicios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A su vez, a la USPEC y al INPEC se les asignó la competencia de la expedición de los manuales técnico-administrativos en materia de prestación de servicios de salud a la población reclusa, en cumplimiento de esta función estas entidades expidieron entre otros el “Manual Técnico Administrativo del Sistema Obligatorio Para la Garantía de la Calidad en Salud Penitenciaria” cuyo objeto es, definir y adoptar estándares de las condiciones tecnológicas y

científicas del Sistema Único de Habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud que se encuentren al interior de los establecimientos de reclusión del orden nacional a cargo del INPEC.

En el Manual del Sistema Obligatorio Para la Garantía de la Calidad en Salud Penitenciaria, el INPEC y la USPEC, definen los componentes técnicos del mismo, los criterios mínimos de calidad por servicio de salud en cuanto a recurso humano, infraestructura, dotación, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros de atención, interdependencia de servicios, precisando allí que la autoevaluación e inscripción como prestadores de servicios de salud se hacen ante la USPEC, entidad además que se encarga de verificar el cumplimiento a las disposiciones del manual.

Así las cosas, el delegar en el INPEC y la USPEC la expedición de manuales relacionados con temas de índole técnica y científica en relación con la prestación de los servicios de salud de la población reclusa, a toda luces desborda la competencia de estas entidades, como quiera que sus funciones normativas son netamente de índole administrativas y penitenciaria, siendo el Ministerio de Protección Social, como máxima autoridad técnica y científica en materia de salud en el país, la entidad que debería participar en la elaboración y expedición de los citados manuales, tal y como se hace para el resto de la población del país.

Constituye una deficiencia grave en el modelo de prestación de servicios de salud para la población privada de la libertad que el cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad contemplado en el Decreto 780 de 2016, se exija solamente a los prestadores extramurales y no así, a las Unidades de Atención Primaria y de Urgencias encargadas de la atención intramural en los establecimientos de reclusión, además de constituir un retroceso en la

garantía del derecho a la salud, pues en el Decreto 1141 de 2009 y la Resolución 0366 de 2010, si se contemplaba el cumplimiento de estos requisitos.

Y es precisamente en relación con el cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, y la Inspección Vigilancia y Control, en donde se adoptan en el actual modelo sanitario de las cárceles medidas regresivas que finalmente afectan la garantía del derecho a la salud de la población reclusa, pues incluso con anterioridad a la expedición de la Ley 1122 de 2007, el INPEC, tenía la obligación de Inscribirse ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y en consecuencia cumplir con todos los estándares aplicables para los servicios ofertados, aspecto que era objeto de Inspección Vigilancia y Control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y por las entidades o Direcciones Territoriales en salud.

Así, en verificación del historial del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, de acuerdo a información suministrada por la Secretaría de Salud de Bogotá D.C, se evidencia que el INPEC, estuvo inscrito como entidad prestadora de servicios de salud con Objeto Social Diferente, durante el período comprendido entre los 2003 a 2006, en distintas ciudades del país, con servicios de baja complejidad y especialidades. A su vez, la Caja de Previsión Social de Telecomunicaciones Caprecom, estuvo inscrita como prestadora de servicios entre el año 2010 y el año 2015, con establecimientos como la Picota, La Modelo, y con oferta y prestación de servicios de Odontología, medicina General, entre otros.

Como consecuencia de la inscripción ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, se adquiría por parte de las entidades que ofertaban y prestaban servicios de salud en las cárceles, la obligación del cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, cuya verificación estaba a cargo de la Superintendencia de Salud, con competencia

preferente, y las Secretarías de Salud en ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, realizando visitas de verificación de estándares por servicio, y gestión de las quejas y peticiones por fallas higiénico- sanitarias en las cárceles de su jurisdicción, con el inicio de investigaciones administrativas e imposición de sanciones.

La resolución 5159 de 2015, incluye como beneficiarios del modelo de Atención en salud a toda la población a cargo del INPEC, excluyendo a la población privada de la libertad que se encuentra a cargo de las entidades territoriales, la cual, conserva su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud según lo estipulada en la Resolución 2496 de 2012, y las personas reclusas en las Unidades de Reacción Inmediata de la Fiscalía General de la Nación, aspecto que resulta excluyente y violatorio del derecho a la igualdad, pues independientemente de la entidad que este a cargo de las personas privadas de la libertad, está población cumple con las mismas condiciones de restricción de derechos, vulnerabilidad y sujeción a cargo del Estado.

Ahora bien, se evidencia una tercerización en el manejo de los recursos destinados del presupuesto nacional para la atención en salud de la población privada de la libertad, pues el hecho de que sean administrados por una entidad fiduciaria genera, el pago de comisiones y gastos administrativos que repercuten en disminuir los recursos con los cuales se puede garantizar una adecuada prestación de servicios a esta población.

La participación por parte de los reclusos en el modelo de atención en salud es nula, siendo estos los usuarios y destinatarios finales de la atención en salud y quienes de primera mano sufren las fallas en el acceso y oportunidad en la prestación de servicios de salud. No obstante que la Ley 100 de 1993 consagra el numeral 6 del artículo 155 como integrantes del Sistema de Salud a los beneficiarios de este.

Las funciones de Inspección y Vigilancia del modelo de atención en salud de la población reclusa quedaron en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, pero no se asigna a ninguna entidad funciones de Control, entendida esta, de acuerdo a la definición contenida en el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007 como “la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión”. (Ley 1122 de 2007, art 35).

Otro aspecto de preocupación lo constituye el dejar en manos del USPEC, tanto la supervisión de los prestadores de servicios de salud contratados para la atención intramural como el monitoreo y control al funcionamiento en general del modelo de atención en salud, lo que no garantiza la objetividad y real protección del derecho a la salud de la población privada de la libertad, constituyendo además un retroceso en esta materia, pues hasta antes de la expedición de la Resolución 2003 de 2014, las secretarías o Direcciones territoriales de salud realizaban esta labor, (Anexo 1).

Así las cosas, se tiene que el actual esquema de atención en salud población privada de la libertad es el reflejo de una política pública con falta de compromiso, lo que se refleja claramente en la ausencia de roles y responsabilidades concretas, medidas regresivas frente a la calidad y vigilancia del modelo, tercerización de los recursos, realidad que se refleja en los diferentes informes entregados por el Gobierno Nacional y las entidades líderes en el seguimiento de la superación del estado de cosas inconstitucional.

Así, en el Sexto Informe semestral al estado de cosas Inconstitucional del sistema Penitenciario y carcelario presentado por el Gobierno Nacional en junio de 2019 se señala que si

bien la intención que se tenía con la expedición de la Ley 1709 de 2014 fue de diseñar un modelo de salud que prevaleciera sobre el sistema general de seguridad social en salud, mitigando así gastos adicionales y otras coyunturas que se dan en los modelos mixtos, pero que el Decreto 1142 de 2016 permitió la permanencia de la PPL en los distintos regímenes de aseguramiento en salud, lo cual desdibujó la intención inicial del Gobierno.

En el informe de seguimiento al cumplimiento de las sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015 emitido por el Gobierno Nacional (2019), se advierte que si bien el actual modelo de salud ayudó, en la coyuntura, para superar la crisis en la prestación de servicios a cargo de CAPRECOM EPS liquidada, se observan serios reparos en el funcionamiento del modelo que ameritan una revisión, identificando como unos de los principales inconvenientes el acceso y pérdida de citas para asistencia médica, frente a este tema puntual la Procuraduría Delegada Para la Defensa de los Derechos Humanos, en relación con el Sexto Informe del Gobierno Nacional (2019) señala:

preocupa a este ente de control el tema de cumplimiento y asignación de citas, pues en el mismo el Gobierno Nacional informa que se generaron 37.878 autorizaciones, de las que se solicitaron 18.165, el 47.95%. Sin precisarse que sucedió con la diferencia de un número similar de citas no solicitadas y por qué razón solo 8.851, el 6.16% fueron cumplidas. (p.51) (Anexo 2).

Otro tema sobre el cual la Procuraduría Delegada Para la Defensa de los Derechos Humanos llama la atención, es la segmentación en la prestación de servicios de salud considerando:

Han transcurrido cerca de dos años desde la declaratoria de desierto de la invitación pública que tuvo por objeto de efectuar la selección de los contratistas para la prestación de los servicios integrales de salud dentro de los estándares de calidad de atención en

salud en todos los niveles de complejidad y de alto costo a las personas privadas de la libertad y aún se encuentra en ejecución el denominado “Plan B” que consistió en contratar directamente la prestación de servicios de salud en todo el país, y a la fecha el Consejo Directivo del Fondo de Atención en Salud de la PPL, no ha tomado decisión si se va a realizar un nuevo proceso de licitación para la operación del Modelo de Atención en Salud de la Población Privada de la Libertad. (...) (p.4)

Finalmente advierte la Procuraduría que, en el informe de cumplimiento del año 2018, el Gobierno Nacional consideró necesario revisar el modelo de prestación de servicios de salud con miras a mejorar el goce de los derechos fundamentales de la población privada de la libertad, sin que en el informe VI informe se hiciera referencia a las acciones realizadas al respecto.

La Defensoría del Pueblo (2019) por su parte, en atención al sexto informe del Gobierno ante la comisión de seguimiento, resalta la falta de personal de guardia, custodia y de vehículos oficiales para la remisión de privados de la libertad al cumplimiento de citas médicas, y sobre todo, la falta de compromiso del Gobierno Nacional al seguimiento y control, indicando que en los informes presentados solo se limitó a remitir la información que le suministró el Fondo de Atención en salud y la USPEC, pero que la atención en salud en las cárceles se continua realizando sin seguimiento, control y sobre todo sin ayuda, sin que exista un rol de su parte que permita potencializar las medidas adoptadas por estas entidades, y/o determinar si las mismas son adecuadas para dotar de garantías la prestación del servicio de salud.

En el informe conjunto de la comisión de Seguimiento al Estado de cosas inconstitucional de febrero 23 de 2017, se refieren deficiencias en el modelo de salud carcelaria, principalmente en la entrega de medicamentos, elementos médico quirúrgicos e insumos odontológicos, mantenimiento de equipos biomédicos, y dificultades de acceso a especialidades como psiquiatría, resaltando la falta de coordinación entre la entidades del modelo de salud basada en

la intermediación de múltiples actores desconocidos entre sí, aduciendo que “esta descoordinación se traduce, en muchas ocasiones, en la desatención del interno y en el aplazamiento de las citas médicas durante meses. En los informes de mejoramiento del Estado no se evidencia ninguna acción para superar este tipo de dificultades”.

En informe del Comité de Seguimiento de septiembre de 2019, se resalta la necesidad de generar políticas de atención diferenciadas en salud para las mujeres y población LGBTI en las cárceles, resalta la necesidad de la atención en salud a las mujeres, por cuanto se sigue presentando una deficiencia en la atención especializada, en particular con las mujeres en estado de gestación.

3.3 Propuesta de lineamientos esenciales de un modelo eficiente de atención en Salud Penitenciario para Colombia.

Con soporte en el contexto normativo, jurisprudencial y situacional expuesto en este trabajo, se presenta una propuesta de lineamientos a tener en cuenta en la revisión y construcción de un actual modelo de atención en salud para la población privada de la libertad en Colombia, teniendo como línea base que según los datos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, para el mes de noviembre de 2019, existían en Colombia 134 establecimientos carcelarios los cuales albergaban una población de 123.853 personas, entre sindicados y condenados, dentro de los cuales 114.937 son hombres y 8916 mujeres, con un porcentaje de hacinamiento de 53.95%, (INPEC, 2019).

Si bien, mejorar los índices de accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención en salud para la población privada de la libertad en Colombia constituye un reto, el cual no es ajeno a la

actual crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la elevada cifra de reclusos y la actual problemática en materia del disfrute al derecho a la salud en las cárceles, vislumbran la imperiosa necesidad de incluir en la agenda del Gobierno Nacional la revisión del actual modelo sanitario en cárceles y la expedición de políticas públicas que se reflejen en un sólido y eficiente modelo de atención en salud, el cual debe estar basado principalmente en los siguientes aspectos:

- ✓ El derecho a la salud se debe garantizar a toda la población reclusa del país, incorporando a las personas a cargo de los entes territoriales y de las Unidades de Reacción Inmediata de la Fiscalía General de la Nación, quienes deben ser considerados como usuarios y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, y en consecuencia tienen derecho a disfrutar iguales condiciones, criterios, normas y estándares de calidad que se utilizan en los servicios de salud del resto de población, con un enfoque diferenciado frente a la especial condición de reclusión.
- ✓ Se debe estructurar un modelo de atención en salud mixto, en donde la responsabilidad final sobre la garantía del derecho a la salud de la población privada de la libertad, este radicada en cabeza del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la rectoría del Ministerio de Salud, en calidad de órgano técnico encargado de las políticas públicas en materia de salud, y el Ministerio del Interior y de Justicia, a través del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario y de la USPEC, entidades que en el caso de ofertar y prestar servicios de salud deben hacerlo en la modalidad de prestador de salud con Objeto Social diferente, en todo caso ser garantes de los determinantes en salud, favorecedores de los traslados de los reclusos a las citas médicas y de la seguridad de los reclusos.

- ✓ El modelo de atención sanitario en las cárceles debe ser integral, basada en el fortalecimiento de la prevención y promoción, así como en la atención primaria como puerta de entrada al sistema, partiendo de la elaboración de un diagnóstico situacional en salud, con enfoque diferencial, para aplicar programas especiales para las patologías más presentadas, así como para las poblaciones con mayor vulnerabilidad en las cárceles, como son, los niños menores de tres años hijos de las reclusas, la población LGTBI, los discapacitados, los enfermos mentales, las personas con enfermedades infectocontagiosas, crónicas y terminales.
- ✓ La atención en salud para la población reclusa debe gozar de los mismos estándares técnicos y de calidad basados en evidencia científica usados para el resto de la población, en consecuencia, se debe adoptar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud aplicable a los establecimientos, los servicios y las tecnologías en salud, durante todo el proceso de atención en salud, incluyendo la atención intramural y extramural.
- ✓ Debe considerarse a la población privada de la libertad, como usuarios efectivos del Sistema General de Seguridad Social en salud, de tal manera que se garantice la participación dentro de la construcción del modelo de atención en salud, así como el acceso a los servicios y tecnologías de manera integral en las fases de promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, tal y como lo estipula la Ley 1751 de 2015.
- ✓ En los centros de reclusión con más población se debe garantizar la existencia de especializaciones con más demandas como por ejemplo sicología, psiquiatría, medicina interna, y de esta forma minimizar la conducción a servicios externos, esto en

consonancia con lo estipulado en el artículo 22.1 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los reclusos.

- ✓ Se debe abogar por el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como la telemedicina, como una herramienta muy útil para el acceso a los servicios de salud sin que medie desplazamiento lo que garantizará además la oportunidad en la atención y la seguridad de los reclusos, reduciendo costos.
- ✓ Los recursos del Sistema General en Salud para la PPL deben ser manejados por la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, para ser girada directamente a las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. y de esta manera evitar la intermediación en el manejo de los recursos en salud.
- ✓ El modelo de atención en salud para la población reclusa debe ser inclusivo en la medida en que permita la participación de la población privada de la libertad, a través de mecanismos como el dialogo con los representantes del Sistema Carcelario de Salud para superar las dificultades, así mismo que permita la interposición de quejas antes los respectivos entes de Vigilancia y Control.
- ✓ La Inspección, Vigilancia y Control de los servicios de salud en las cárceles debe realizarse por las mismas entidades que realizan está actividad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir por la Superintendencia Nacional de Salud o las entidades Distritales o Departamentales de Salud, las cuales estén facultadas para realizar verificación de las condiciones de habilitación de la prestación de los servicios, iniciar investigaciones administrativas e imponer las sanciones a que haya lugar.

CONCLUSIONES

- El derecho a la salud de la población reclusa en Colombia no ha gozado de la importancia que merece, pues, pese a que la normatividad internacional, ratificada por Colombia, establece unas reglas mínimas frente al disfrute de este derecho, así como las garantías, basadas en el respeto a la dignidad humana y la especial condición de vulnerabilidad de esta población, que debe brindar el Estado para su efectividad, y pese a las ordenes que desde el año 1998 emitió la Corte Constitucional, para garantizar el derecho fundamental a la salud de la población reclusa, sólo hasta el año 2007, con la expedición de la Ley 1122, se ordenó la afiliación de la población privada de la libertad al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- El actual modelo de atención en salud para la población reclusa en Colombia, construido a partir de la expedición de la Ley 1709 de 2014, incorpora medidas regresivas, tales como la eliminación de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la habilitación, y la Inspección, Vigilancia y Control en los servicios de salud intramurales. Adicionalmente, la responsabilidad final en la garantía de la prestación de servicios de salud se deja en manos del Sistema Penitenciario, entidad que, además, establece los lineamientos técnicos en la prestación de estos servicios, aspectos que ponen en un estado de inferioridad el goce del derecho a la salud de los reclusos frente al resto de la población y va en contravía de las reglas mínimas internacionales en la materia.
- El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad se torna ineficiente, pues, a la fecha, no se ha superado el estado de cosas inconstitucional decretado por la Corte Constitucional en sentencias T 606 de 1998, T 388 de 2013, y T

762 de 2015. Así, expone la Corte en los Autos de seguimiento la preocupación por el acceso al servicio y las especialidades médicas, la pérdida de citas médicas, las dificultades en la entrega de medicamentos, el fraccionamiento en la contratación de prestadores de salud, el ejercicio de la supervisión y monitoreo de los prestadores de salud solamente por el INPEC, pero en especial hace un llamado de atención frente a la falta de información acerca del funcionamiento del modelo.

- Se hace necesaria, una revisión urgente del modelo de atención en salud para la población reclusa, en aras de conocer la forma de operación y principalmente el estado actual de las condiciones de salud de la población privada de la libertad, y a su vez, para realizar ajustes, adaptándolo a los mínimos internacionales, e incorporar medidas progresivas que garanticen una atención en salud con respeto de la dignidad humana, para lo cual se requiere un compromiso serio por parte del Gobierno Nacional y de las demás entidades garantes de los derechos fundamentales de esta población.

REFERENCIAS

Autores

- Álvarez R. Cobo C, Pallas JR, López AM, Gaité. (2019). Telemedicina: aportaciones y dificultades y claves para su implementación en el medio Penitenciario. Publicado en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2019;21:102-112. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/567/1081>.
- Astroza, S. P. y Rudnick, V. C. (2010). Protección Internacional de los Derechos Humanos de los Reclusos. En Cesano, D y Reviriego Picon, F (Coord). *Teoría y Práctica de los Derechos Fundamentales en las Prisiones*. Buenos Aires. Argentina. Euros Editores. pp. 2-48.
- Ballen, R. L. (2014). Salud en las cárceles de Colombia: Un amparo constitucional sin remedio. Tesis de Maestría. Universidad de los Andes. Bogotá. Recuperada de <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12848/u703656.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Contreras, P. G. (2014). Logros normativos y Retos Prácticos del servicio de salud en las cárceles colombianas desde la creación del INPEC - D. Tesis de Maestría. Universidad de los Andes. Bogotá. Recuperada de https://biblioteca.uniandes.edu.co/visor_de_tesis/web/?SessionID=L1Rlc2lzXzEyMDE0MjAvNDUxOS5wZGY%3D.
- De las Casas, J.A (Traductor). (1774). Tratado de los Delitos y de las Penas. Madrid. Recuperado de <https://books.google.com.co/>

- Del Pozo, S. F., Gil, C. F., y Martínez, I. J. A. (2017). Estudio criminológico, Derechos Humanos y Enfoque de Género en el Ámbito Penitenciario. En Del Pozo Serrano, F. (Comp.) *Exclusión Mujeres y Prisión en Colombia. Un caso en la región Caribe*. Uniediciones, Universidad del Norte. pp. 94-110.
- Díaz, (2017). La Protección de la Salud en el marco de la administración Penitenciaria (Trabajo de grado/Derecho). Universidad del País Vasco. Recuperado de <https://addi.ehu.es/handle/10810/30745>.
- Huertas, D. O., Martínez, G. L.E., Velandia, V. L.F., y Uribe, O. J.A (2014). *Hacinamiento Carcelario: En búsqueda de Alternativas legislativas para su solución en Colombia*. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez.
- Neuman y Irurzun (1968). *La Sociedad Carcelaria, Aspectos Penológicos y Sociológicos*. Buenos Aires: Ediciones de Palma.
- Manzanos Bilbao, C. (2014). La Cárcel como depósito de personas socialmente excluidas. En Fernández García J. (Coord.). *Congreso "La cárcel: Una institución a Debate"*. Salamanca. España. Ratio Legis.
- Martínez (2019). *Gestión del Servicio Humanizado en Salud, Con Misión Multivariable y Guías de Mejoramiento*. 2ª edición. Bogotá: Ediciones de la U.
- Maya, M. (2018). *Lecciones aprendidas de la reforma a la seguridad social en salud en Colombia*. Envigado.
- Moscoso, S. S. (2017). *Sistema Penitenciario y Carcelario. Intervención de la Corte Constitucional en la Política Pública Penal*. Ed 21, Bogotá D.C. Grupo Editorial Ibáñez.

- Pereira, P. (2002), *Necessidades Humanas. Subsídios a crítica dos mínimos sociais*. Traducción al Español por Lena, G. (2002). *Necesidades Humanas. Para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia*. Cortez Editora.
- Piñeros, B. (2014). *Diagnóstico Situacional asociado al ejercicio de la salud Pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional*. (Tesis de Grado, Magister en Salud Pública). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Quintero, M. D. P. (2011). *La Salud como Derecho. Estudio Comparado sobre grupos vulnerables*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Rivera y Cano (Coord.). (2008). *Privación de Libertad y Derechos Humanos. La Tortura y otras formas de violencia institucional en el estado español*. España. Icaria Editorial. Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos en la Universidad de Barcelona.
- Rodríguez, M. R. (2015) *Estudios Sobre Seguridad Social*. Barranquilla, Colombia. 4a edición. Universidad del Norte. Grupo Editorial Ibáñez.
- Restrepo, R. (2017). *Salud Integral en Mujeres Presas desde la Experiencia del COJAM. ¿Una propuesta de política abolicionista estratégica no radical? Publicado en Política Criminal y Abolicionismo hacia una cultura restaurativa*. Universidad Externado de Colombia. *Catedra de Investigación Científica del Centro de Investigación en Política Criminal N 9*. pp. 329 a 378.
- Sanhueza, G. E., Candia, J. (2019). *Acceso a la Atención Carcelaria en las cárceles de Chile. Una Mirada desde el interno*, publicado en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 21 No 1. Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/547>.

Serrano (2010) citado por Díaz, (2017, p 21). La Protección de la Salud en el marco de la administración Penitenciaria, (Trabajo de grado/Derecho). Universidad del País Vasco. Recuperado de <https://addi.ehu.es/handle/10810/30745>.

Sotelo, L. C., (2000). Los Derechos Constitucionales de prestación y sus implicaciones económicas y políticas. Los casos del derecho a la salud y de los derechos de los reclusos. Colombia. Departamento Nacional de Planeación.

Doctrinas

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-388 de 2013. Respuesta al Informe Semestral del Gobierno Nacional al Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario. Julio de 2018. Recuperado de <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2018/10/Informe-CSS-T388-de-2013-julio-de-2018.pdf>.

Defensoría del Pueblo (2004). Derechos Económicos, sociales y culturales. Derecho a la salud. Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2019). Sexto Informe de la Defensoría -ECI- del Pueblo al Estado de cosas inconstitucional en materia Penitenciaria y Carcelaria.

Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2015). Documento CONPES 3828 Política Penitenciaria y Carcelaria en Colombia. Bogotá. Recuperado de <http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/CONPES%20Pol%C3%ADtica%20penitenciaria%20y%20carcelaria%202015.pdf>.

Gobierno de Colombia (2019). Quinto Informe Semestral del Gobierno Nacional al Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario.

Gobierno de Colombia (07 de junio de 2019). Sexto Informe Semestral del Gobierno Nacional al Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario.

Gobierno de Colombia. Comité de Seguimiento al estado de cosas inconstitucional Sistema Penitenciario y Carcelario. Sentencia T-762 (23 de febrero de 2015). Recuperado de <http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/Informes%20de%20Seguimiento/Anexos%20do%20informe/Defensor%20C3%ADa%20del%20Pueblo/Acta%20Grupo%20L%C3%ADder%20de%20Seguimiento/ACTA%203%20-%20Comite%20de%20Seguimiento%2027%20de%20enero%20de%202017.pdf?ver=2017-07-18-092734-227×tamp=1574739508620>.

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (29 de noviembre de 2019). Población Intramural Nacional. Recuperado de <http://www.inpec.gov.co/estadisticas-/tableros-estadisticos>

Naciones Unidas (2016). Resolución 70/175. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Recuperado de <https://undocs.org/es/A/RES/70/175>

Procuraduría General de la Nación (2006). Política Preventiva de la Procuraduría General de la Nación en materia de derechos de las personas privadas de la libertad, Bogotá.

Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud (2016). Proyectos de Estrategias Mundiales del Sector de la Salud contra el VIH para 2016- 2021. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>.

Organización de Estados Americanos - Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018). Políticas Públicas con Enfoque de Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticasyPublicasDDHH.pdf>.

Organización de Naciones Unidas. Grupo de las Naciones Unidas Para el Desarrollo de América Latina y el Caribe (2018). Desafíos y Estrategias Para el Desarrollo Sostenible en Materia Latina y del Caribe. Panamá. Recuperado de <https://onu.org.gt/wp-content/uploads/2018/10/Desaf%C3%ADos-y-Estrategias-para-el-Desarrollo-sostenible-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-compressed.pdf>.

Procuraduría General de la Nación. Procuraduría Delegada Para la Defensa de los Derechos Humanos. (04 de julio de 2019). Informe sobre el sexto reporte de seguimiento del Gobierno Nacional al cumplimiento de las sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015 Recuperado de <http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/Informe%20de%20la%20Procuraduria%20General%20de%20la%20Naci%C3%B3n%20al%20VI%20Informe%20de%20Seguimiento%20al%20Gobierno%20Nacional.pdf>.

Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias (2014). Acceso efectivo a la prestación de servicios de asistencia médica de las personas privadas de la libertad. p. 14 Recuperado de <https://www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2017/07/Recomendaci%C3%B3n-IV-derecho-a-la-salud.pdf>

United Nations Office on Drugs and crime. (2011). Evaluation and recommendations for the improvement of the health programs, including for the prevention and treatment of drug dependence and of HIV and AIDS, implemented in the establishments under the responsibility of the federal penitentiary service in Argentina. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/lpobrazil/Prision_Settings/UNODC_report_Argentina_Health_SPF_assessment_July_2011.pdf.

World Health Organization, (2003). Declaration On Prison Health As Par of Public Health. Moscow. Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf.

World Health Organization. Regional Office For Europe. (2013), Good Governance For Prison Health In The 21 St Century. A Policy brief on the Organization of Prison Healt. Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf.

Jurisprudencia

Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión (17 de octubre de 2002). Sentencia T-881 de 2002. [M.P Eduardo Montealegre Lynett].

Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión (10 de diciembre de 1992). Sentencia T-596 de 1992. [M.P. Ciro Angarita Barón].

Corte Constitucional, Sala Plena (29 de mayo de 2014). Sentencia C-313 de 2014. [M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo].

Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión (19 de septiembre de 1992). Sentencia T-522 de 1992. [M.P. Alejandro Martínez Caballero].

Corte Constitucional, Sala sexta de Revisión. (15 de septiembre de 1993). Sentencia T388 de 1993. [M.P. Hernando Herrera Vergara].

Corte Constitucional, Sala cuarta de Revisión (19 de septiembre de 1992). Sentencia T-522 de 1992. [M.P. Alejandro Martínez Caballero].

Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión (15 de junio de 1994). Sentencia T-277. [M.P Carlos Gaviria Díaz].

Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión (28 de abril de 1998). Sentencia T-153 de 1998.

[M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz].

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión (27 de octubre de 1998). Sentencia T-606 de

1998. [M.P. José Gregorio Hernández Galindo].

Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión (26 de julio de 1999). Sentencia T 530. [M.P.

Vladimiro Naranja Mesa]

Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión (13 septiembre de 2002). Sentencias T-752 [M.P.

Manuel José Cepeda Espinosa].

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión. (17 de octubre de 2008). Sentencias T-1031.

[M.P. Mauricio González Cuervo].

Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión (28 de junio de 2013). Sentencia T-388. [M.P.

María Victoria Calle Correa].

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión. (16 de diciembre de 2015). Sentencia T-762 [M.P.

Gloria Stella Ortiz Delgado].

Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión. (01 de julio de 2015). Sentencia T-409. [M.P.

Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. (09 de marzo de 2016). Sentencia T-127. [M.P.

Jorge Iván Palacio].

Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión. (13 de julio de 2016). Sentencia T-378. [M.P.

Alejandro Linares Cantillo].

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Auto 368 (17 de agosto de 2016). [M.P. Gloria

Stella Ortiz Delgado].

Corte Constitucional, Sala sexta de Revisión, Sentencia T-193 (30 de marzo de 2017). [M.P Iván Humberto Escurecía Mayolo].

Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento a las Sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015. Auto 121 de 22 de febrero de 2018. [M.P Gloria Stella Ortiz Delgado].

Corte Constitucional, Sala Plena, Auto 613 de 19 de septiembre de 2018. [M.P Gloria Stella Ortiz Delgado].

Corte Constitucional, Sala sexta de Revisión, Sentencia T-044. (06 de febrero de 2019). [M.P Gloria Stella Ortiz Delgado].

Corte Constitucional, Sala cuarta de Revisión, Sentencia T-060 de 14 de febrero de 2019. [M.P. Alejandro Linares Cantillo].

Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento a las Sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015. Auto 110 de 11 de marzo de 2019. [M.P Gloria Stella Ortiz Delgado].

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T 260 de 6 de junio de 2019. [M.P Antonio José Lizarazo Ocampo].

Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión, Sentencia T 374 de 16 de agosto de 2019. [M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez]

Normatividad

Congreso de Colombia (19 de agosto de 1993). Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario, [Ley 65 de 1993] DO: 40.999.

Congreso de la República de Colombia (9 de enero de 2007). Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46.506.

Congreso de Colombia (20 de enero de 2014). Ley 1709 de 2014. Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones DO: 49.039.

Congreso de Colombia (2 de septiembre de 2013). Gaceta del Congreso, Senado de la República. Ponencias. AÑO XXII - N.º 668. Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado. http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/Ponencias/2013/gaceta_668.pdf

Presidencia de la República (30 de diciembre de 1992). Por el cual se fusiona la Dirección General de Prisiones del Ministerio de Justicia con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia [Decreto 2160 de 1992]. Publicado en el Diario Oficial Año CXXVIII. N.40703 31 de diciembre de 1992. p. 26.

Presidente de la República (3 de abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Decreto 1011 de 2006]. Publicado en el D.O. 46.230. p.26.

Ministerio de la Protección Social (1 de abril de 2009). Por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Decreto 1141 de 2009]. Publicado en el Diario Oficial N. 47309. p. 3.

Ministerio de la Protección Social (25 de noviembre de 2019). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de Inscripción de los prestadores de servicios de salud. [Resolución 0300 de 2019]. Publicado en el Diario Oficial

Ministerio de la Protección Social (1 de febrero de 2010). Por la cual se definen algunas condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec,

y se dictan otras disposiciones [Resolución 0366 de 2010]. Publicado en el Diario Oficial 47.610.

Presidente de la República de Colombia (3 de agosto de 2010), Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1141 de 2009. [Decreto 2777 de 2010]. Publicado en el Diario Oficial 47790.

Presidente de la República de Colombia (3 de noviembre de 2011). Por el cual se crea la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - SPC, se determina su objeto y estructura. [Decreto 4150 de 2011]. Publicado en el Diario Oficial 48242.

Presidente de la República de Colombia (6 de diciembre de 2012). Por el cual se establecen normas para la Operación del Aseguramiento en Salud de la Población Reclusa y se dictan otras disposiciones. [Decreto 2496 de 2012]. Publicado en el Diario Oficial 48640

El Presidente de la República de Colombia (24 de noviembre de 2015). Por medio del cual se adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). [Decreto 2245 de 2015]. Publicado en el Diario Oficial N. 49706.

Ministerio de Salud y Protección Social (1 de diciembre de 2015). Por medio de la cual se adopta el modelo de Atención en Salud para la Población privada de la libertad bajo custodia y Vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). [Resolución 5159 de 2015]. Publicado en el Diario Oficial N. 49713.

El Presidente de la República de Colombia (28 de diciembre de 2015). Por el cual se suprime la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (Caprecom) EICE, se ordena su liquidación

y se dictan otras disposiciones, [Decreto 2519 de 2015]. Publicado en el Diario Oficial N. 49739.

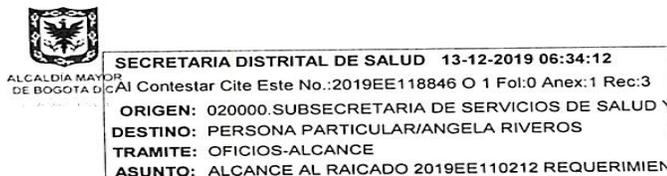
El Presidente de la República de Colombia (15 de julio de 2016). Por medio del cual se modifican algunas disposiciones contenidas en el capítulo 11 del Título 1 de la Parte 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se adoptan otras disposiciones. [Decreto 1142 de 2016]. Publicado en el Diario Oficial N. 49935.

Ministerio de Salud y Protección Social (10 de agosto de 2016). Resolución 3595. Publicado en el Diario Oficial N. 49962.

Ministerio de Salud y Protección Social (25 de noviembre de 2019). Resolución 3100. Publicado en el Diario Oficial N. 51149.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Respuesta de la Secretaria Distrital de Salud



020000
 Bogotá, D.C.

Doctora
 ANGELA RIVEROS
 CI 122 50 43 Apartamento 201
 angelamargoth3@hotmail.com
 Bogotá D.C

Asunto: Alcance al Radicado No 2019EE110212 del 27/11/2019 en respuesta al Radicado No 2019ER90571 del 07/11/2019 con Requerimiento No 2728072019.

Respetada Doctora Ángela:

Dando alcance al radicado No 2019EE110212 a través del cual se dio respuesta inicial a su solicitud de información, me permito remitir la información resultante de las consultas realizadas en punto de relación con la Habilitación del Instituto Nacional Penitenciario y carcelario INPEC y de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM y las investigaciones administrativas que contra dichas instituciones ha adelantado la Secretaria Distrital de Salud.

Es así como se procede a dar respuesta a cada uno de sus interrogantes así:

1. *¿El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC ha estado inscrito y habilitado como prestador de servicios de salud en el registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud? De ser así, se indique las fechas de inscripción, sedes, los servicios de salud inscritos, su modalidad, las visitas y resultados de la verificación de condiciones de habilitación y si se adelantó alguna investigación administrativa sancionatoria por incumplimiento de los estándares de habilitación.*

Respuesta: Me permito adjuntar en medio magnético la información requerida y me permito señalar que una vez verificados los sistemas de información no se registran visitas de habilitación al prestador objeto de consulta y en consecuencia no existen investigaciones sancionatorias por incumplimiento a la normatividad de habilitación.

2. *¿Cuántas quejas se recibieron en contra del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC por fallas en la prestación de servicios de salud brindada a la población privada de la libertad y cuántas investigaciones sancionatorias se adelantaron del INPEC por esta misma causa?*

Respuesta: Desde la fecha de inscripción del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC como prestador de servicios de salud se recibieron 9 quejas relacionadas con presuntas fallas en la calidad de la atención en salud, de las cuales 3 tuvieron, luego de adelantada la etapa investigativa preliminar, mérito para el adelantamiento de proceso

Cra. 32 No. 12-81
 Tel.: 364 9090
 www.saludcapital.gov.co
 Info: 364 9666



**BOGOTÁ
 MEJOR
 PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

sancionatorio, correspondiendo a los expedientes No 122 de 2010, 801 de 2011 y 879 de 2011.

3. *¿La Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM ha estado inscrito y habilitado como prestador de servicios de salud en el registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud? De ser así, se indique las fechas de inscripción, sedes los servicios de salud inscritos, su modalidad, las visitas y resultados de la verificación de condiciones de habilitación y si se adelantó alguna investigación administrativa sancionatoria por incumplimiento de los estándares de habilitación.*

Respuesta: Frente a este punto, en el CD anunciado en el punto primero, de igual manera se anexa la información correspondiente a La Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM.

Por otra parte, le informo que una vez verificados los sistemas de información no se registran visitas de habilitación al prestador objeto de consulta y en consecuencia no existen investigaciones sancionatorias por incumplimiento a la normatividad de habilitación.

4. *¿Cuántas quejas se recibieron en contra del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC por fallas en la prestación de servicios de salud brindada a la población privada de la libertad y cuántas investigaciones sancionatorias se adelantaron del INPEC por esta misma causa?*

Respuesta: Desde la fecha de inscripción de La Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM como prestador de servicios de salud se recibieron 16 quejas relacionadas con presuntas fallas en la calidad de la atención en salud, de las cuales 4 tuvieron, luego de adelantada la etapa investigativa preliminar, mérito para el adelantamiento de proceso sancionatorio, correspondiendo a los expedientes No 793 de 2012, 1200 de 2014, 111 de 2014 y 012 de 2014.

Cordialmente,

ANABELLE ARBELÁEZ VÉLEZ

Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento

Anexo un (1) CD

Consolidó: Cris Reyes – Profesional Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento
Proyectó: Evelyn Romero – Profesional Subdirección Inspección vigilancia y Control de Servicios de Salud
Revisó: Sandra Gutiérrez – Subdirectora Inspección vigilancia y Control de Servicios de Salud (E)
Aprobó: Sandra Charry – Directora de Calidad de Servicios de Salud

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ANTE EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE SEDE	FECHA INSCRIPCIÓN	FECHA VENCIMIENTO	DIRECCIÓN SEDE	SERVICIOS INSCRITOS
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC. NIT 800215546	16/06/2003	16/06/2007	CL 26 # 27 48	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
RECLUSIÓN DE MUJERES	31/05/2005	31/05/2009	KR 47 # 81 25	ENFERMERÍA FISIOTERAPIA GINECOBSTERICIA MEDICINA GENERAL MEDICINA INTERNA ODONTOLOGÍA GENERAL OPTALMOLOGÍA OPTOMETRÍA ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA PEDIATRÍA PSIQUIATRÍA TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO SERVICIO FARMACÉUTICO

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO LA PICOTA. (INPEJ).	31/05/2005	31/05/2009	KM 5 VIA USME	FISIOTERAPIA MEDICINA GENERAL MEDICINA INTERNA ODONTOLOGÍA GENERAL OFTALMOLOGÍA OPTOMETRÍA ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA PSIQUIATRÍA LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO SERVICIO FARMACÉUTICO
ESTABLECIMIENTO CARCELARIO LA MODELO. (INPEJ).	31/05/2005	31/05/2009	KR 56 # 18 A 47	ENFERMERÍA FISIOTERAPIA MEDICINA GENERAL MEDICINA INTERNA ODONTOLOGÍA GENERAL OFTALMOLOGÍA OPTOMETRÍA ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA PSICOLOGÍA PSIQUIATRÍA TERAPIA OCUPACIONAL LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO SERVICIO FARMACÉUTICO

			<p>IPS CAPRECOM PICOTA</p>	<p>25/08/2009</p> <p>25/08/2013</p> <p>KM 5 VIA USME AREA DE SANIDAD</p> <p>CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA GINECOLÓGICA CIRUGÍA ORTOPÉDICA CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGÍA PEDIÁTRICA CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA CIRUGÍA UROLÓGICA CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS CIRUGÍA DERMATOLÓGICA ANESTESIA CARDIOLOGÍA CARDIOLOGÍA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA PEDIÁTRICA DERMATOLOGÍA DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ENDOCRINOLOGÍA ENFERMERÍA FISIOTERAPIA FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE GASTROENTEROLOGÍA GASTROENTEROLOGÍA GENÉTICA GINECOBSTERICIA HEMATOLOGÍA INFECTOLOGÍA INMUNOLOGÍA MEDICINA FAMILIAR</p>
<p>IPS CAPRECOM MODELO</p>	<p>21/08/2009</p>	<p>30/01/2015</p>	<p>KR 56 # 18 A 47 AREA CARRANBAR</p>	<p>FISIOTERAPIA MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA GENERAL CONSULTA PRIORITARIA LABORATORIO CLINICO TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO</p>

			DE SANVIDAU	SERVICIO FARMACEUTICO SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES ATENCIÓN PREVENTIVA. SALUD ORAL E HIGIENE ORAL PLANIFICACIÓN FAMILIAR PROMOCIÓN EN SALUD OTRA
IPS CAPRECOM - BUEN PASTOR	21/08/2009	30/01/2015	KR 47 # 81 25	FISIOTERAPIA MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA GENERAL PEDIATRIA GINECOOBSTETRICIA CONSULTA PRIORITARIA LABORATORIO CLINICO TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS- CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS SERVICIO FARMACEUTICO SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES ATENCIÓN PREVENTIVA. SALUD ORAL E HIGIENE ORAL PLANIFICACIÓN FAMILIAR PROMOCIÓN EN SALUD OTRA

Anexo 2. Respuesta de Derecho de Petición de la Corte Constitucional.**REPÚBLICA DE COLOMBIA****CORTE CONSTITUCIONAL**

Bogotá D.C., dos (02) de diciembre de dos mil diecinueve (2019).

Oficio No. 75 de 2019

Señora
ÁNGELA MARGOTH RIVEROS ROMERO
C.C. 52.855.171
angelamargoth3@hotmail.com
Colombia

Referencia: Respuesta a petición en el marco del seguimiento a las Sentencias T-388 de 2013 y T-762 de 2015.

Respetada señora:

El veintiocho (28) de noviembre del año en curso, a través de la Secretaría General de la Corte Constitucional, este despacho recibió la petición suscrita por usted, en la cual requiere que se le otorgue *“información (sobre el) seguimiento de estado de cosas inconstitucional en cárceles”*.

En atención a tal solicitud, este despacho responderá la petición elevada desde su competencia jurisdiccional otorgada por el artículo 241 de la Constitución Política, y reglamentada por los Decretos 2591 y 2067 de 1991.

Al respecto, me permito informarle que se recibieron los siguientes informes:

Informes del Gobierno Nacional:

Primer informe de Diciembre de 2016
Segundo informe de Junio de 2017
Tercer informe de Diciembre de 2017
Cuarto informe de Junio de 2018
Quinto informe de Diciembre de 2018
Sexto informe de Junio de 2019

Informes de la Defensoría del Pueblo:

Cuarto informe de Julio de 2018
Quinto informe de Diciembre de 2018
Sexto informe de Julio de 2019

En tanto el Auto 121 de 2018 decidió reorientar el seguimiento al estado de cosas inconstitucional (ECI) en materia penitenciaria y carcelaria, tal determinación tuvo como consecuencia la escisión de los reportes del Gobierno Nacional y de los órganos de control en los siguientes términos: “**REORIENTAR** el seguimiento a la estrategia de superación del ECI en materia penitenciaria y carcelaria en Colombia a partir de (i) los roles de las entidades en el seguimiento y (ii) los mínimos constitucionalmente asegurables que fueron definidos en esta providencia, sin exclusión de otros que, sin estar previstos aquí, ya se hayan identificado o se puedan identificar en el proceso de seguimiento.”

Adjunto a la presente, se envían tales informes. Adicionalmente, la información del seguimiento al ECI puede ser consultada en la página www.politicacriminal.gov.co.

De este modo queda resuelta la inquietud del peticionario en el marco de las competencias de esta Corporación.

Cordialmente,


GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO
Magistrada

Presidenta Sala Especial de Seguimiento a las Sentencias
T-388 de 2013 y T-762 de 2015

Nota: Los informes enviados por la Corte Constitucional están adjuntos a la monografía en el archivo digital denominado: INFORMES DE SEGUIMIENTO.